

LE CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Le 11 mai, avait lieu à Montréal, la première réunion de l'Association Médicale de la Province de Québec.

Pour cette circonstance on avait mis à contribution quatre hôpitaux de la métropole. Tour à tour, pendant deux jours, les cliniciens de l'Hôpital Royal Victoria, de l'Hôtel-Dieu, de l'Hôpital Notre-Dame, et l'Hôpital Général nous firent voir les progrès réalisés en ces dernières années, tant en médecine qu'en chirurgie.

Le caractère distinctif de ces réunions pratiques consistait en travaux exclusivement cliniques avec présentation de malades, radiographies et pièces anatomo-pathologiques.

L'ordre du programme fut suivi avec une ponctualité remarquable. La première partie de chaque séance, consacrée aux leçons cliniques, était suivie de la visite des divers services hospitaliers.

Partout les membres reçurent le plus cordial et bienveillant accueil. Les autorités de l'Hôpital Notre-Dame et du Royal Victoria offrirent chacun un lunch. L'Université de Montréal organisa un concert-boucanne. La franche gaieté et l'entrain qui marquèrent ces réunions firent revivre pour plusieurs le souvenir des jours déjà lointains de leur vie d'étudiant.

Bref le succès a couronné cette première réunion de l'Association Médicale de la Province de Québec, à laquelle assistaient plus de 200 confrères.

Nous publions ci-après le texte du discours que prononça le Président, le Dr. S. Grondin de Québec, à l'ouverture de ce congrès.

G. R.

DISCOURS D'OUVERTURE DU PRÉSIDENT⁽¹⁾

Dr. S. Grondin.

Messieurs,

Ce n'est qu'hier matin, à mon retour de New-York, que j'ai pu prendre connaissance du programme de cette première séance de notre nou-

(1) Prononcé à l'Université Laval, à la séance du soir, 11 mai, 1922.

velle Association Provinciale, et je vous avoue en toute franchise que jusqu'au moment, où j'ai lu votre programme, j'avais toujours cru que j'aurais à vous adresser la parole dans une institution anglaise. Aussi je m'étais préparé à vous dire quelques mots en anglais. Seulement—j'ai assez de charité chrétienne pour ne pas vous faire subir deux fois l'audition de mon petit discours; je me suis donc décidé à ne pas faire de traduction, qui ne pourrait être forcément qu'une répétition de ce que j'aurais dit déjà en anglais.

Vous allez, j'en suis sûr, en raison de toutes ces considérations, me permettre de parler seulement en anglais ce soir. C'est pour moi une tâche assez difficile, je vous prie de le croire, que vous ne douterez certes pas de ma parole, lorsque je vous dirai que ce n'est pas pour mon plaisir, que j'ai fait choix de la langue de Shakespeare pour vous communiquer mes pensées, et le fait que tous les Canadiens-Français qui sont ici, sont également familiers avec les deux langues de notre pays, m'est une raison de plus pour éviter de leur imposer la redite des quelques mots que je veux vous dire.

Permettez-moi tout de même, avant de commencer, d'ajouter un mot de bienvenue et de remerciements en français, à l'adresse de tous ceux qui ont bien voulu répondre à notre appel et se rendre à notre invitation. Je suis très heureux de vous voir en aussi grand nombre, et l'avenir de notre jeune société me paraît désormais assuré, pour peu que vous continuiez à y apporter le même zèle qui vous a amenés tous à cette première réunion. Tout ce que nous demandons maintenant pour la mener à bien, est la continuité dans l'effort commencé; je suis certain que nous allons la trouver chez vous et que vous aurez à coeur le succès complet de notre nouvelle association.

Gentlemen,

I have much pleasure in presiding this first meeting of our Prov. Md. Ass. The work we have accomplished in establishing this society is surely one which will commend itself to all those taking a real interest in the future of the medical profession in the Province and who are aware of the impulse which can be the result of such an undertaking for our Profession.

The foundation of a Medical Association which had been under consideration for quite a long time is now fully realized and one of its main objects which is to have all the members meet at least once a year, is reached.

The privileges of our society are numerous and amongst them we must remember that we will at last have Delegates who, being responsible

men will represent the profession in all matters of medical interest, whenever it will be needed, who will help to procure any claims we might consider ourselves entitled to, and which are so often and so easily put aside by political men who cannot be competent in medical matters. The association will also have the advantage of bringing us more closely together, allowing us to become better acquainted with one another, and strengthening the links of friendship already existing between some of us, and in the meantime having us benefit of each other's knowledge.

It has been agreed, as you might have read in the circular you have received that these meetings are to be merely clinical, and no papers are to be read, I must admit I am transgressing this established rule, in reading you this address, but I am obliged to confess, it has almost been imposed upon me by my Montreal friends, who do not as well as I do, approve of a President without an address.

Any how I am most happy in expressing my best wishes for the future of this organisation and of saying a few words of welcome to all those who have favoured us with their presence.

I have just said that our meetings are to be essentially clinical, perhaps it would therefore be interesting for some of you to hear about the origine of clinical teaching in the history of medicine:

This way of tuition dates from the sixteenth century; the first attempts of it having been made in Padova, but without any satisfactory results.

However in the mean time the polyclinical teaching existed in Paris, where the students use to accompany their teacher to the homes of the patients in the city, attending the cases there and listening to the lessons of their master.

But it is really to the University of Leyden, in Holland, that we owe the establishment of a permanent form of clinical teaching, in 1630, and it is due to its pupils that it was spread abroad afterwards. It was there that originated the method of having the patient examined by the students, asking them to make a diagnosis of the case and give their opinion on the probable course of the disease and its proper treatment. The autopsy of those who died was also performed in the hospital in order to determine exactly the nature of the disease and what had been the cause of the death.

One of the most renowned physicians of the time who certainly brought fame to the clinic of Leyden was Dr Sylvius de Le Boë.

Whenever he used to approach a patient with the students around him, he would pretend he knew nothing of the case, its nature, symptoms and treatment, and did as of he was learning every thing about it by what

he would ask his pupils. He would succeed in that way to make the student believe he had not been led to make the diagnosis, but had really found it out by himself.

Under the direction of such an able clinician, the clinic of Leyden, gained such reputation that physicians were coming from every part of Europe to attend it, and for a long time it was considered as the best institution of this type.

It was in 1644 that this form of teaching was introduced in France by Renaudoct, and it became a regular part of the medical studies; but it is only at the end of the 18th century that we see permanent clinical services established in the hospitals of Paris, London and Strasbourg.

The first clinic in Germany was in Vienna in 1753, and in Leipzig only in 1798.

Since those remote times clinics have always become more and more numerous, and we have some now a days in every city where there is a university. In fact there is no Medical School without its clinic.

However the clinical teaching is not understood every where in the same manner.

In Germany, for instance, and in all countries which follow its methods, the disease more than the patient is the object of study. The clinic is only one of the means by which pathology may be established on a rational basis. The German clinicians study minutely the symptoms, analyse, by means of the most improved apparatus, the slightest organic and functional alterations; using for that purpose: laboratories of chemistry, bacteriology, radiography and so forth, in order to obtain a thoroughly accurate diagnosis, but they pay very little attention to the study of etiology and prognosis and neglect somehow the treatment; in a few words they do not catch the peculiar characteristics which imprint upon the disease a particular aspect as we see it in every day practice.

In other countries and in France particularly the way they proceed is entirely different. With them the clinician never loses sight of the patient though the disease is carefully examined by all the means that modern science has put to his disposal, he does not only study the disease of its present state, but more especially its morbid evolution in its continuity; trying to explain what he finds, to establish between the succession of the morbid phenomena the pathogenic link that binds them together, so as to show their intimate relation of cause and effect.

He does not lose sight, even for a moment, of the fact that if the clinic, by the information it has obtained, constitutes pathology and suc-

ceeds in throwing light upon the points which had remained in the dark, its chief aim however remains the treatment, if not the absolute cure of the diseased organism.

I hope that this brief sketch of the history of the object of our meetings has proved to be of some interest to you. It has been only a few words in so vast a question, but I had made up my mind this address would be a short one. The success of our Provincial Association now rests upon you and the interest you will take in it. If you want to see it achieved and well established you must bear in mind that you must attend the meetings faithfully and try and increase our membership by bringing in your friends into our association.

Such an organization was a great lack in our Province, now that we have got it, founded, we owe to ourselves to keep it going a foundation that we have entirely to the perseverance and efforts of the remarkable men who belong to the McGill University.

PROGRAMME

Au ROYAL VICTORIA HOSPITAL, jeudi, 11 mai 1932, (séance du matin).

- 1.—Péricarde adhérent et coeur de boeuf.
- 2.—Gastro-entérostomie (Plusieurs cas).—*Dr. G. E. Armstrong.*
- 1.—Traitement palliatif du cancer incurable de la langue et des piliers. (Un cas).
- 2.—Rétrécissement traumatique de l'oesophage. — *Dr. A. E. Garrow.*
- 1.—Défaut de consolidation d'une ancienne fracture du col du fémur. Nouveau traitement (lamelles). — *Dr. W. G. Turner.*
- 1.—Présentation d'un nouveau masque. (Ether)—*Dr. W. B. Howell.*
- 1.—Rupture du coeur. Observations cliniques et pièce pathologique.
- 2.—Intussusception (une pièce).—*Dr. C. F. Martin et Dr. Waugh.*
- 1.—Réaction des protéines dans l'Asthme des bronches.—*Dr. A. T. Henderson.*
1. Encéphalite (plusieurs cas).
2. Syphilis cérébro-spinale. Points diagnostiques et traitement.—*Dr. Collin Russel.*
- 1.—Blocage du coeur causé par la digitale.—*Dr. Moffatt.*
- 1.—Goître exophtalmique: évidence expérimentale de la présence d'adrénaline dans le sang des malades.—*Dr. F. A. C. Scrimger.*
- 1.—L'oedème des pieds: Résultat de paralysie fonctionnelle.
- 2.—Arthrite septique simulant la sciatique.—*Dr. C. B. Keenan.*
- 1.—Pyarthrose du genou. (Méthode de Wilm.)—*Dr. F. C. McKenty.*

- 1.—Calcul de l'uretère.
- 2.—Prostatectomie (Taille suspubienne). Urologie. Une série de cas. Salle L. projections lumineuses.—*Dr. D. W. MacKenzie.*
- 1.—Lacération complète du périnée. Périnéorrhaphie.—*Dr. W. W. Chipman.*
- 1.—La tuberculose et la femme enceinte.
- 2.—Cystome de l'ovaire. (Salle D.) Fibrome gangréneux de l'utérus prolabé.—*Dr. John R. Fraser et Dr. H. C. Burgess.*
- 1.—La tuberculose intestinale.—*Dr. E. W. Archibald.*
- 1.—L'alimentation de l'enfant et le rachitisme. Plusieurs cas).—*Dr. F. M. Fry, Dr. E. W. Williams et Dr. C. Stewart.*
- Pneumonie. Tuberculose (plusieurs cas, Salle N.)
- 1.—Cas de diabète et de néphrite (Salle S.)—*Dr. E. H. Mason et Dr. D. S. Lewis.*
- 1.—Ophthalmologie (Plusieurs cas).—*Dr. W. G. M. Byers, Dr. F. T. Tooke, et Dr. J. A. McMillan.*
- 1.—Deux cas de colobome dans la même famille.—*Dr. J. Rosenbaum.*
- 1.—Mastoïdite. Résultats post-opératoires. (Plusieurs cas) — *Dr. D. H. Ballon.*
- 1.—Absès rétropharyngéal.
- 2.—Rétrécissement de l'oesophage.
- 3.—Carcinome des cordes vocales et extirpation par laryngotomie.
- 4.—Gomme de la cloison nasale.
- 5.—Plusieurs radiographies des sinus et des mastoïdes.—*Dr. J. T. Rogers.*
- 1.—Démonstration de l'electro-cardiographe, (a)—Tracés normaux; (b) Principaux tracés anormaux. (Salle N.)—*Dr. C. F. Moffatt.*
- 1.—Pièces pathologiques.—*Drs. Oertel, Crowdy et Waugh.*
- 1.—Radiographie de plusieurs affections gastriques. (Fluoroscope). — *Dr. A. H. Pirie et Dr. H. H. Cheney.*
- Lunch à 1 heure dans la Salle à Manger de l'Hôpital.

Hôtel-Dieu, jeudi, 11 mai 1922, (séance de l'après-midi).

- 1.—Dr. Guerin.
- 2.—Hémoclasie digestive pour fonctions protéopeptique et glycogénique.—*Dr. Gauthier.*
- 3.—Syndrome d'Addison et surrénalite hyperplasique en rapport avec tuberculose pulmonaire et intestinale.—*Dr. Latreille.*
- 4.—Progrès en radiologie.—*Dr. L. Pariseau.*
- 5.—Cancer du rectum, diagnostic différ., procédé opératoire.—*Dr. St. Jacques.*

- 6.—Néphrite chronique, diagnostic et traitement.—Présentation de malade.—*Dr. Dubé.*
- 7.—Oto-rhino-laryngologie. Présentation de malades.—*Dr. Lassalle.*
- 8.—Rein unique; calcul urétéral.—*Dr. Hingston.*
- 9.—Vaccinothérapie dans un cas de fièvre puerpérale. Un cas de clolécystectomie.—*Dr. A. Saint-Pierre.*
- 10.—Anus contre nature: considérations. Suture du sciatique, résultat éloigné.—*Dr. Rhéaume.*

HOPITAL NOTRE-DAME, 12 mai 1922, (séance du matin).

- 1.—a) Technique opératoire dans les suppurations pelviennes, (cloisonnement du bassin; (b) Examen d'une malade.—*Professeur L. de L. Harwood.*
- 2.—Un cas de myxoedème.—*Professeur E. P. Benoit.*
- 3.—Fractures de la colonne vertébrale avec illustrations.—*Professeur O. F. Mercier.*
- 4.—Un cas d'arythmie perpétuelle.—*Professeur Albert Lesage.*
- 5.—a) Tuberculose rénale (malade et pièce anatomique).
(b) Hémimélie (membre inférieur)—Radiographie. Pièce.—*Professeur T. Parizeau.*
- 6.—Quelques observations sur le diabète.—*Professeur agrégé A. Léger.*
- 7.—Quelques cas de pieds bots.—*Professeur B. G. Bourgeois.*
- 8.—Un cas de maladie de peau, tuberculose cutanée.—*Professeur Gustave Archambault.*
- 9.—Fracture comminutive ouverte du 1/3 supérieur de l'humérus droit, avec paralysie du radial. Résultats éloignés. Présentation du blessé.—*Dr. Léonidas Blagdon.*
- 10.—Ponction lombaire.—*Dr. Noé Fournier.*
- 11.—Exposition de plaques radiographiques au département des Rayons X.—*Dr. J. E. Panneton.*

MONTREAL GENERAL HOSPITAL, 12 mai, (séance de l'après-midi).

- 1.—Leucémie splénomédullaire.—*Dr. Lafleur.*
- 2.—Symphise cardiaque.—*Dr. Robertson.*
- 3.—Maladie de Bautis.—*Dr. Peters.*
- 4.—Trombose fémorale et embolie pulmonaire.—*Dr. Hutchison.*
- 5.—Pneumopéricardium.—*Dr. Bazin.*
- 6.—Fracture du sacrum.—*Dr. Tees.*
- 7.—Traitement du pneumothorax purulent ouvert.—*Dr. Gurd.*

- 8.—Cancer de la lèvre.—*Dr. Barlow.*
- 9.—Méthodes nouvelles pour le diagnostic des maladies du cerveau. —
Dr. Henry.
- 10.—Tuberculose active du pied.—*Dr. Pennoyer.*
- 11.—Acidosis.—*Dr. Robinovitch.*
- 12.—1) Hystérectomie vaginale: a—Cancer du corps; b—Endométrite
polypiforme. 2) Prolapsus (opération).—*Dr. Little.*
- 13.—Le traitement broncoscopique de l'abcès du poumon. — *Dr. R. P.*
Wright.
- 14.—Le traitement chirurgical du pied bot paralytique.—*Dr. Nutter.*
- 15.—Ostéo-myélite et septicémie.—*Dr. Forbes.*
- 16.—Les symptômes de l'oeil dans la maladie de Grave.—*Dr. McKee.*
- 17.—Cancer du rein.—*Dr. Patch.*
- 17.—XXX—*Dr. Hamilton.*
- 19.—Démonstration aux rayons X.—*Dr. Wilkins.*
- 20.—Thyroidectomie sous l'influence de l'anesthésie locale.—*Dr. Eberts.*
- 21.—Vues cinématographiques des maladies de la peau.—*Dr. G. G. Campbell.*
- 22.—Série de cas de fracture.—*Drs Tees et Gurd.*
- 23.—Visite des laboratoires.—*Dr. Rhea.*

G. R.

INFECTIONS ET TOUTES SEPTICÉMIES

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL

— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C.M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

159^e séance.—Vendredi, 26 mai, 1922.

Le Président déclare la séance ouverte à 9 heures p.m.

Sont présents : Messieurs les Docteurs : Odilon Leclerc, Albert Marois, Arthur Rousseau, Arthur Leclerc, Arthur Simard, L. J. Bélanger (Lauzon), Geo. Ahern, Chs. Vézina, Jos. Caouette, Rosario Potvin, F. Samson, Grégoire, Paul Dupré, Albert Drouin, Arthur Lavoie (Sillery), Geo. Racine, Ad. Clark, Jos. Guérard, Albert Jobin, P. C. Dagneau, et le Secrétaire. Aussi Mr. le Dr. Dumont, de St-Henri, cté de Lévis.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il est proposé par le Dr. Couillard, secondé par le Dr. Bélanger (Lauzon), que M. le Dr. R. O. Dumont, de St-Henri, soit élu membre de la Société Médicale de Québec.—Adopté.

M. le Docteur Odilon Leclerc : Un cas de thoracoplastie chez un tuberculeux, et présentation de malade. Le paient est un Russe, âgé d'environ 28 ans, qui était tuberculeux avec bacilles dans ses crachats. Opéré il y a deux ans, à l'hôpital Royal Victoria, à Montréal, par M. le Dr. Archibald : résection de l'angle costo-vertébral des côtes depuis la sixième côte, de manière à rétrécir le thorax du côté malade ; puis ouverture à la partie antéro-supérieure du thorax et introduction des muscles pectoraux dont les lambeaux restent fixés par une de leurs extrémités, à l'intérieur de la cavité thoracique de manière à comprimer le poumon. Aujourd'hui le malade n'a plus de bacilles dans ses crachats, et est guéri.

M. le Dr. A. Marois, traite la question de "La greffe osseuse".

La greffe osseuse a rendu des services immenses, grâce à l'aseptie. C'est à Ollier que l'on doit la possibilité de cette opération. On greffe les os aussi facilement que l'on greffe les arbres. Les cellules osseuses conservent leur vitalité longtemps ; et cette vie cellulaire se conserve d'autant mieux que les tissus sont moins nobles, et moins vascularisés : os, cartilages, tissus gras.

Les greffes réussissent d'autant mieux que le greffon est pris sur le sujet lui-même. Les greffes hétérogènes réussissent plus rarement. La greffe autogène est donc la meilleure.

Conditions de succès :

1^o—Une aseptie parfaite.

2^o—Une immobilité absolue, un contact parfait des tissus greffés, et un greffon aussi long et aussi gros que possible.

3°—Un outillage spécial. Il faut que la scie soit irriguée d'un courant d'eau froide pour l'empêcher de chauffer, et de brûler les tissus.

4°—Le greffon doit être manipulé le moins possible et avec soin; si on n'est pas prêt à la mettre en place immédiatement au moment de son prélèvement, on le placera dans du sérum artificiel.

5°—On peut modifier la forme du greffon pour qu'il s'adapte bien à la partie malade; on peut même le sectionner partiellement ou totalement si c'est nécessaire: greffons courbes ou à segments multiples.

6°—Il faut que le greffon soit bien fixé, en contact avec des parties saines, et que l'hémostase soit parfaite.

Que devient le transplant? quel est son rôle? Sert-il simplement d'attelle, ou bien fait-il corps avec le greffé, tout en continuant de vivre? Le Dr. Marois croit à cette dernière éventualité.

Loi de Wolf: "Le greffon s'adapte à la position qu'il occupe, et joue le rôle de l'os qu'il remplace. Il en prend peu à peu le volume et les fonctions."

Indications de la greffe osseuse:

(a)—Dans la tuberculose de la colonne vertébrale surtout. La durée du traitement est en moyenne de 6 semaines dans l'immobilité.

(b)—La tuberculose sacro-illiaque.

(c)—La scoliose paralytique.

(d)—Pour remplacer les os du tarse détruit par la tuberculose.

(e)—Pour corriger certaines difformités du pied (pied-bôt).

(f)—Pour activer la réunion osseuse dans le cas de fracture non-consolidée.

(g)—Pour remplacer la tête du fémur disparue par la tuberculose.

(h)—Pour fixer la rotule qui se luxé facilement.

(i)—Pour remplacer les os disparus par l'ostéomyélite.

(j)—Pour corriger certaines difformités de la figure, comme dans les fractures de la mâchoire.

(k)—Comme substitut des plaques métalliques dans les cas de sutures osseuses.

Les indications sont fort nombreuses, aussi la greffe est-elle appelée à rendre des services considérables à la chirurgie des os.

M. le Docteur Rousseau nous relate ensuite une série d'observations d'endocardite infectieuse.

1.—Le premier cas est celui d'une femme accouchée en janvier 1922, et dont les couches ont été normales. La femme se relève bien pour retomber malade un mois plus tard. Depuis ce temps elle est au lit, avec une température d'ailleurs peu élevée (99., 99.40), et un souffle d'insuffisance mitrale. A l'examen du sang il y a une diminution très marquée des

globules rouges et de l'hémoglobine. La malade est faible et anémique. Ces jours derniers la température s'est élevée à 104°. Elle fait une endocardite infectieuse d'origine puerpérale.

2.—Le deuxième cas est celui d'un abbé qui arrive à l'hôpital, malade depuis 2 à 3 mois et souffrant d'une maladie étiquetée tuberculose. L'anémie est assez prononcée, la faiblesse également. Le Dr. Rousseau diagnostique une endocardite infectieuse probable. Plus tard des bruits de souffles cardiaques multiples apparaissent, et l'abbé meurt d'endocardite infectieuse après trois mois de maladie.

3.—C'est celui d'un homme de 30 ans qui souffre de faiblesse depuis un mois, avec de légers troubles digestifs. A l'examen on ne trouve rien aux poumons, foie, reins; il n'y a qu'un vieux bruit de souffle au coeur. Après 4 mois de maladie fébrile, survient une embolie cérébrale, paralysie et mort.

4.—Un malade chez lequel on a fait antérieurement le diagnostic de tuberculose se présente au bureau avec de la fièvre, de l'anémie et de la faiblesse, et quelque chose de douteux au coeur plutôt un souffle extracardiaque. L'examen des organes est négatif. Le Docteur porte le diagnostic d'endocardite infectieuse. Le sujet a continué à faire de la fièvre, et il est mort un an après le début de la maladie avec des troubles très marqués du côté du coeur. Endocardite d'origine grippale.

5.—Le cinquième cas est celui d'un petit garçon, rhumatisant, ayant une grosse lésion au coeur. Son état général n'est pas trop mauvais, il se nourrit assez bien. Les oscillations fébriles ont duré près de trois mois. La guérison est survenue.

6.—C'est celui d'un alcoolique doublé d'un épileptique, souffrant d'endocardite infectieuse à forme pyohémique. La maladie a commencé brusquement à la suite d'un abcès testiculaire. Il y a toujours de la fièvre et l'état général est mauvais avec troubles gastro-intestinaux intenses. Quatre semaines après le début, le sujet fait un abcès dans la partie externe de la fesse. Endocardite infectieuse.

7.—Cette fois il s'agit d'un cardiaque, angineux, syphilitique traité par le Salvarsan. Le traitement spécifique l'améliore un peu; mais 15 jours après cette amélioration, et à la suite d'une insolation prolongée, il se sent faible et fait du sub-ictère, son état s'aggrave et son apparence est plutôt mauvaise. La température marquait à peu près 100°. Un mois plus tard il développe une endocardite maligne et meurt.

8.—En octobre 1921, le Dr. Rousseau voit un cardiaque avancé, avec oedème persistant aux membres, et un peu de fièvre. Il était aussi très pâle. La rate volumineuse. La persistance de la température fait porter le diagnostic d'endocardite infectieuse. Sorti de l'hôpital dans cet état, il

revient en janvier dernier pour y mourir au moment de son arrivée. L'autopsie révèle une embolie dans la rate, des ulcérations dans le coeur. La maladie avait duré 5 à 6 mois.

Etiologie: Les causes sont diverses, fièvre puerpérale, grippe, rhumatisme, etc. Mais la cause primordiale la plus fréquente est une lésion endocardique préalable qui est la condition indispensable de la fixation d'une infection sur l'endocarde.

Le diagnostic présente des difficultés considérables. Les signes indiscutables d'endocardite maligne: pétéchies, souffles cardiaques, etc., ne se présentent pas tout d'abord. Ces signes n'apparaissent que vers la fin de la maladie. Les symptômes du côté du coeur manquent et sont inconstants dans un grand nombre de cas. Il faut donc faire une analyse complète du malade.

Le laboratoire ne rend que fort peu de services. Il est rare que l'on trouve des germes dans le sang. L'examen du sang est généralement négatif.

On confond l'endocardite infectieuse avec la tuberculose à forme septicémique, la typho-bacillose, la fièvre typhoïde, les para-typhoïdes, la pyélo-néphrite, et la cholécystite.

Il n'y a pas de symptôme spécial. Il faut faire le diagnostic par exclusion, et en quelque sorte pressentir la maladie.

En terminant, le Dr. Rousseau soutient la thèse que toute septicémie qui dure doit avoir une localisation spéciale. Ainsi la fièvre typhoïde a un foyer intestinal, biliaire. En général les grandes septicémies s'alimentent dans un foyer infectant. Les septicémies pures tuent très vite, ou guérissent très vite. Bref toute septicémie durable relève d'un foyer de relai infectant où le germe se renouvelle. Or de toutes les localisations qui alimentent les septicémies, la plus insidieuse est celle qui se fait sur l'endocarde. Il ne faut donc pas attendre les signes indiscutables et très évidents qui se produiront du côté du coeur pour faire le diagnostic d'endocardite au cours des infections prolongées, surtout si cette infection s'accompagne de faiblesse et d'anémie. Plus tard, les pétéchies, les souffles cardiaques, les embolies viendront confirmer le diagnostic.

Le traitement est fort peu satisfaisant. Jusqu'à présent on est à peu près désarmé devant cet ennemi.

M. le Docteur Geo. Ahern: Présentation de pièces pathologiques.

1.—Un rein sarcômateux. Tout le rein est pris. Les seuls symptômes étaient: Hématurie, et tumeur dans le côté.

2.—Portion d'estomac cancéreuse.

M. le Docteur P. C. Dagneau ajoute quelques considérations générales au sujet de la transfusion de sang.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 10.40 heures p.m.

Le Secrétaire,

Dr. Edgar Couillard.

LE REGIME DES TUBERCULEUX

D'APRES LES DONNEES ALIMENTAIRES NOUVELLES.

Par A. CAWADIAS (d'Athènes).

Les nombreuses recherches expérimentales faites dernièrement sur la nutrition par une série d'auteurs américains, ainsi que la vaste expérience de la grande guerre, nous incitent à modifier notre manière de concevoir et d'appliquer certains régimes chez l'homme malade.

C'est à la lumière de ces récentes théories que nous avons cherché depuis des années à combiner avec l'observation clinique, que nous voudrions esquisser, ce que doit être le régime moderne du tuberculeux.

* * *

Examinons d'abord comment se fait la nutrition de ces malades : cela nous servira de base pour notre diététique.

D'une manière générale, le tuberculeux perd plus que l'homme normal, d'azote, de phosphore, de soufre, de chaux et d'autres matières minérales.

C'est ce qui ressort des travaux d'Albert Robin, Letulle et Pompilian, Lucet, Laufer et autres. Que ceci soit dû à la maladie elle-même, à la fièvre, aux mauvaises conditions hygiéniques, à l'état déficient des organes digestifs, peu importe : le fait existe. Non seulement le tuberculeux brûle tout ce qu'il mange, mais il consomme aussi sa propre substance, d'où l'amaigrissement si caractéristique dans cette maladie.

Cette exagération des échanges, cette dénutrition n'existe pas chez tous les tuberculeux, mais chez la plupart, chez ceux en particulier que nous sommes appelés à améliorer par une diététique appropriée.

Pour améliorer cette mauvaise nutrition du malade, il faudra d'abord lui faire perdre cette propriété de tout consommer, d'user non seulement ses revenus, mais aussi son capital. Ensuite, nous devons l'amener à fixer un surplus d'aliments de manière à réparer les pertes qu'il a subies.

C'est par le traitement général de la maladie, la cure d'air, le repos, les diverses médications antituberculeuses que nous arrivons à ce double but. C'est par là, et non par l'alimentation que nous commencerons le traitement de la phthisie.

Si nous n'obtenons pas cette amélioration de l'aptitude nutritive de l'organisme du tuberculeux, tout ce que nous donnerons en plus sera consommé en plus et le malade continuera à maigrir.

Pour nous servir d'autres termes, la vie du tuberculeux est caractérisée—comme la vie de tout individu en général—par l'assimilation formatrice et la désassimilation destructrice, cette dernière l'emportant.

Par le traitement, nous cherchons à déterminer la prédominance de l'assimilation formatrice.

* * *

Arriver à faire perdre à l'organisme du tuberculeux l'exagération pathologique du pouvoir désassimilateur sera la partie la plus facile de notre tâche de thérapeute; mais, au sujet de l'augmentation du pouvoir fixateur, nous devons nous demander si les données biologiques nous permettent de l'espérer.

Lorsqu'un individu normal reçoit un surplus d'azote, il en rend la plus grande partie, on la retrouve dans les urines par l'augmentation analogue de l'azoturie. Il n'en retient qu'une partie insignifiante et ceci pendant un court laps de temps.

L'homme normal ne possède donc pas la propriété de fixer l'azote alimentaire. Mais il n'en est pas de même pour les convalescents, et le tuberculeux traité se comporte comme un convalescent. Son organisme fixe un surplus d'azote, mais dans certaines limites. Que cette albumine devienne du protoplasme ou qu'elle reste à l'état d'albumine circulante ou d'inclusion dans le protoplasme, les recherches récentes ne nous ont pas éclairé sur ce point.

Mais le fait certain, c'est que l'organisme du tuberculeux et du convalescent ressemble, à ce point de vue, à l'organisme de l'inanité, à celui de l'athlète qui s'entraîne, à celui de l'enfant en croissance; il fixe l'albumine alimentaire donnée en plus des besoins énergétiques quotidiens.

Il se passe la même chose pour les hydrates de carbone et les graisses: leur surplus dans l'alimentation épargne d'abord l'albumine. Au lieu de brûler son albumine pour produire une partie du nombre de calories nécessaires à sa vie par jour, le tuberculeux, suralimenté avec de la graisse et des hydrates de carbone, brûle ces derniers aliments. D'où fixation indirecte de l'albumine. Et plus les dépôts de graisse augmentent plus l'individu engraisse.

Ce que nous avançons résulte de nombreuses recherches sur les résultats d'une forte alimentation chez l'individu normal, le convalescent, le tuberculeux, recherches qu'on trouve dispersées dans différents traités.

Malheureusement, quoiqu'on arrive à en dégager les résultats généraux, on est frappé par le manque de précision dans la plupart de ces recherches. Il serait utile de reprendre, au point de vue spécial de la nutrition des malades, les expériences qui ont donné pour la nutrition normale des résultats si précis entre les mains de Atwater, Benedict et autres auteurs américains disposant d'une installation de travail unique pour ces recherches.

Pour le moment, nous ne pouvons qu'arriver à en dégager les principes directeurs. Le tuberculeux traité dans de bonnes conditions, arrivera à fixer de l'albumine et à augmenter ses réserves en graisses et hydrates de carbone; la suralimentation en graisses et hydrates de carbone aide la fixation de l'albumine mais dans une certaine limite.

Ce qui est moins limité, c'est l'augmentation des dépôts de graisse. mais c'est là un résultat dont nous n'avons pas besoin.

Ce que nous voulons, c'est que notre malade fixe de l'albumine et non pas de la graisse, c'est qu'il augmente ses forces et non pas son embonpoint.

De tout ce qui précède découle que, pour arriver à équilibrer les pertes du tuberculeux et à lui faire réparer les substances vivantes détruite, il

faudra d'abord, par le traitement général, arriver à calmer la désassimilation destructive du malade pour donner le pas à l'assimilation formatrice. Ceci fait, il suffira d'un léger surplus de graisses, d'hydrates de carbone et d'albumine, puisque ce qui nous intéresse en somme c'est la fixation de l'albumine et non pas celle de la graisse, et cette fixation de l'albumine ne peut se faire que dans certaines limites.

Ces données biologiques condamnent déjà ces régimes géants que nous trouvons encore dans certains sanatoriums allemands (plus de 5,500 calories) ou ces Mastkuren dont von Noorden nous donne un menu dans son récent *Traité de Diététique* (6750 calories) et en général tous ces régimes de suralimentation qui sont malheureusement encore appliqués.

D'après ces données biologiques, il faudra donner au tuberculeux un peu plus de la ration normale.

Ceci a d'ailleurs été confirmé par l'observation clinique. Par cette méthode, Marcel Labbé a montré que, pour arriver à maintenir le poids du tuberculeux et même à le faire engraisser, il suffit de donner une ration équivalente à 35 à 45 calories par kilogramme et par jour.

Lauffer indique 45 calories. Nous même avons obtenu des augmentations de poids et de force chez des tuberculeux ainsi qu'une grande amélioration générale en leur donnant une ration équivalant à 50 calories par kilogh. 3000 calories environ par jour pour chaque malade.

D'une manière plus précise, après maints essais, nous nous sommes arrêté à la ration suivante :

Albumine	90 à 100 gr.
Graisses	80 gr.
Hydrates de carbone.....	500 gr.

Le professeur Marcel Labbé indique, dans son ouvrage sur les régimes alimentaires, des chiffres plus forts d'albumine (119 gr.) et plus faibles d'hydrates de carbone (269 gr.). N'oublions pas que les travaux récents ont fait adopter, comme chiffre normal de la ration quotidienne en hydrates de carbones, celui de 500 gr. En tout cas, nous sommes loin des chiffres du sanatorium de Glabovitz (cité par Kuss) : albumine, 268 gr. ; graisses 228 gr. ; hydrates de carbone, 500 gr. Les chiffres que nous donnons correspondent à peu près à la ration normale.

Avec des doses plus fortes, il peut apparaître chez le tuberculeux des troubles digestifs qui aggravent la maladie.

Si, parfois, il y a de l'engraissement, c'est de la graisse qui se dépose et non pas du protoplasma qui se produit. Les malades engraisent, mais restent faibles.

Ainsi donc, biologie et clinique s'accordent pour condamner la suralimentation. Bannissons ce terme de notre vocabulaire : il consacre une erreur scientifique et obscurcit les idées. Nous proposons celui plus exact, d'alimentation réparatrice. L'alimentation réparatrice, c'est la ration normale légèrement augmentée, mais une ration "normale" complète non seulement au point de vue quantitatif, mais aussi au point de vue qualitatif.

En effet, nous n'avons pas à envisager, en diététique moderne, uniquement la quantité des albumines, des graisses, des hydrates de carbone. Nous devons tenir compte de toute une autre série d'indications pour prescrire une alimentation réparatrice complète et efficace.

Tout d'abord, il faudra prendre en considération la valeur qualitative des albumines alimentaires. Toutes ne sont pas égales au point de vue nutritif. Rappelons une série d'expérience d'Osborne et Mendel. Pour obtenir des croissances identiques chez les rats, il faudra donner 50% plus de caséine que de lactalbumine.

Ces différences au point de vue de la valeur nutritive sont dues au nombre et à la nature des acides aminés constitutifs de ces protéines.

Pour le moment, l'analyse biologique nous a montré qu'il existe des acides aminés indispensables. Le tryptophane est nécessaire pour le maintien de l'équilibre; l'arginine, l'histidine, la lysine la cystine sont indispensables pour la croissance, la tyrosine semble intervenir pour la formation de l'adrénaline et des fonctions thyroïdiennes. C'est ce qui ressort des travaux importants des auteurs américains, Osborne,, Mendel, McCallum et leurs collaborateurs.

Il faudra donc éviter de donner aux tuberculeux des albumines ne contenant pas ces acides aminés indispensables ou, en tout cas, compléter ces albumines. Ainsi la gélatine, ne contenant pas de la tyrosine ni du tryptophane, est incomplète au point de vue de la nutrition, l'albumine des graines de céréales est aussi incomplète. Mais, en combinant les deux, nous obtenons une albumine complète.

Pratiquement nous résoudrons ce problème en donnant aux malades diverses sortes de protéines et en faisant varier beaucoup le régime.

Pour l'alimentation réparatrice des tuberculeux, nous devons tenir compte des besoins minéraux. Ceci est d'autant plus nécessaire chez le tuberculeux que celui-ci perd, ainsi qu'Albert Robin l'a démontré, une quantité exagérée de sels. Indépendamment de ces pertes, l'ion calcium, on le sait, joue un grand rôle dans la nutrition des tuberculeux. Nous devons donc lui en fournir. Dans les différents ouvrages classiques nous trouvons la composition minérale des aliments, nous apprenons même que certains aliments contiennent une quantité considérable d'un minéral: par exemple, les épinards, les lentilles, les feuilles vertes de choux, le sang des mammifères contiennent beaucoup de fer, les fruits, les graines des céréales, les légumes herbacés contiennent en quantité suffisante de l'ion calcium.

En pratique, nous n'avons pas à tenir compte de ces considérations. Il suffit de nous rappeler que les légumes verts, les racines, les tubercules, les fruits contiennent les éléments minéraux nécessaires à l'organisme, d'où la nécessité d'user largement de ces aliments malgré leur pauvreté en albumines, en graisses et hydrates de carbone. Au contraire, des aliments riches en substances nutritives, telles la viande, le lait, sont pauvres en matière minérales.

Nous devons enfin tenir compte de l'élément vitamine. Quoiqu'on discute encore sur leur nature, le fait est qu'une nutrition sans vitamines se fait mal.

Pour donner de la vitamine A (soluble dans les graisses), nous donnerons les aliments qui la contiennent: beurre, jaune d'oeuf, graisse de boeuf, graisse de porc, margarine, huile de foie de morue.

La vitamine B (hydrosoluble) est fournie à l'organisme par les céréales non décortiquées: les haricots, les fruits, (excepté la banane), les pommes de terre, les légumes verts, les viscères d'animaux.

D'après Mouriquand et Michel et contrairement à l'idée de McCollum, cette vitamine B serait altérée par la stérilisation, d'où l'importance des aliments frais et surtout des fruits.

* * *

D'ailleurs, l'aliment frais constitue une indication à part.

On connaît le rôle des aliments frais dans certains troubles de la nutrition comme le scorbut. On connaît par expérience les bons effets, chez le tuberculeux de la viande crue, dans diverses maladies, du lait cru.

A quoi est dû ce rôle? Est-ce à une meilleure digestibilité? Est-ce à la non-altération des vitamines? Est-ce à la non-altération d'autres substances, ferments inconnus et nécessaires pour les actes de la digestion et de la nutrition? Est-ce à cause de la non-modification de l'état physique de l'équilibre colloïdal de l'aliment qui jouerait un rôle dans les actes physico-chimique de la digestion? Nous n'en savons rien, mais le fait de l'aliment frais existe prouvé par la clinique.

Nous donnerons donc des aliments frais, beurre, huile de foie de morue, viande crue, lait cru (dans les cas exceptionnels où nous sommes sûrs de son origine.)

* * *

Conclusions. — 1o. Avant d'espérer de bons effets de l'alimentation chez le tuberculeux il faudra, par un traitement général efficace amener la prédominance de l'assimilation formatrice sur la désassimilation destructive.

2o. Le tuberculeux pourra maintenir son équilibre et même augmenter son poids (graisses) et ses forces (albumine) avec une ration qui, au point de vue de l'albumine, des graisses, des hydrates de carbone, comprend les chiffres forts de la ration normale. La suralimentation, sans parler de ses dangers cliniques—est inutile. Le terme même doit disparaître et être remplacé par celui, plus exact, d'alimentation réparatrice.

3o. L'alimentation réparatrice—le régime type du tuberculeux—est la ration normale, mais complète, non seulement au point de vue quantitatif, mais aussi au point de vue qualitatif. Aussi dans cette alimentation réparatrice, devons-nous tenir compte des acides aminés indispensables, des minéraux, des vitamines, des propriétés de l'aliment frais.

L.... Pr.... (Nov. 1921).

Dans notre pratique hospitalière, nous formulons le régime des tuberculeux de la manière suivante :

Matin.....	Lait.....	300 gr.
.....	Sucre.....	
.....	Pain.....	50 gr.
.....	Beurre.....	15 gr.
2ième déjeuner.....	Pain.....	50 gr.
.....	Miel.....	40 gr.
.....	Beurre.....	10 à 15 gr.
Déjeuner principal.....	Viande ou poisson.....	160 gr.
.....	Riz.....	100 gr.
.....	ou Pomme de terre.....	200 gr.
.....	ou Légumineuses en purée.....	100 gr.
.....	Fruits.....	150 gr.
.....	ou Fromage.....	30 gr.
.....	Pain.....	50 à 100 gr.
Après-midi.....	Crème avec lait.....	300 gr.
.....	Un oeuf.....	
.....	Farine.....	20 gr.
Dîner.....	Bouillon pot-au-feu.....	
.....	Deux oeufs.....	
.....	Macaroni.....	50 gr.
.....	Légumes verts.....	150 gr.
.....	Compote.....	100 gr.
.....	Pain.....	50 gr.
Boisson :.....	Eau pure.....	

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

LES FORMES CLINIQUES DE L'HÉMOPTYSIE TUBERCULEUSE.

par J. Bertier (de Grasse)

1. — *L'hémoptysie peut se rencontrer au cours de toutes les affections broncho-pulmonaires mais dans la très grande majorité des cas (96%) c'est la tuberculose qui en est responsable.*

L'hémoptysie est un accident de l'âge adulte, très rare chez l'enfant, rare chez le vieillard. On le verra, certains "tempéraments" y prédisposent; la femme y est plus sujette à cause de la fréquence des hémoptysies cataméniales.

II.—Formes cliniques du syndrome hémorragique considéré en lui-même, indépendamment de la forme clinique de la tuberculose causale.

10. Hémoptysie ulcéralive.— Il s'agit là d'une hémorragie très abondante, très brutale, constituée par un flot de sang, plusieurs litres quelquefois, rendu par la bouche et par le nez, entraînant ordinairement la mort immédiate par asphyxie, ou la mort rapide par anémie aiguë; le vomissement alimentaire accompagne souvent l'hémoptysie ce qui ne contribue pas peu à la faire qualifier de "vomissement de sang".

Cette hémorragie prend toujours naissance dans une caverne, mais quelquefois d'assez petit volume.

Il est classique de dire que cette hémoptysie ulcéralive survient sans fièvre.

Une cause d'erreur de diagnostic, chez les malades qui survivent, provient des phénomènes inflammatoires que détermine le séjour du sang dans le parenchyme pulmonaire sain du même poumon ou du poumon opposé, si souvent inondé au cours des hémorragies abondantes (Tripiër). Ce sang bacillifère y provoque soit des foyers nouveaux d'hépatisation tuberculeuse, soit des foyers broncho-pneumoniques à microbes banaux.

Si la mort ne survient pas immédiatement, la terminaison de l'accident hémorragique ulcéralif non compliqué de phénomènes inflammatoires secondaires est rapide; il se fait un simple nettoyage des alvéoles et des conduits aérifères sous forme de sang noirâtre mais assez fluide, puis de muco-pus. L'hémoptysie reparait ordinairement au moment de la désintégration du caillot obturateur, après quelques jours de sédation.

20. Hémoptysie inflammatoire, par foyer de pneumonie hémorragipare, dite congestive.—L'abondance du sang rejeté est très variable; dans les cas les plus typiques, des crachats plus ou moins fréquents sont émis, dès le début, un à un, isolément. Leur aspect est bien spécial: ils sont rouges, presque noirs, très adhérents au vase, sensiblement à l'égal des crachats de la pneumonie franche, mais ils se rapprochent plus de

l'aspect du crachat hémoptoïque de l'infarctus pulmonaire; à jour frisant, ils sont brillants, d'aspect vernissé.

Fréquemment pourtant, l'hémorragie est plus copieuse, au moins au moment de son apparition, et, à son abondance près, revêt dans une certaine mesure, l'allure d'une hémorragie par rupture.

Comment des foyers inflammatoires peuvent-ils provoquer, au moment de leur formation, des hémoptysies aussi considérables? Il paraît se faire dans leur sein une violente vaso-dilatation des vaisseaux alvéolaires sous l'influence de toxines vaso-dilatrices bacillaires, aboutissant à la rupture d'un grand nombre d'entre eux au même moment. L'évolution de cet accident est généralement assez cyclique et, comme la fait remarquer Tripier, la durée en est de 6 à 12 jours en moyenne; cela rappelle d'assez près celle d'un foyer pneumococcien.

Souvent, des foyers apparaissent en série, à courts intervalles et cela d'autant plus que la tendance de la maladie est plus évolutive; lorsque, au bout de quelques jours, les crachats noirs hémoptoïques sont devenus rares ou cessent, l'évolution du foyer est terminée, mais, de nouveau, une hémoptysie hématique survient et la même scène clinique que précédemment se déroule.

L'hémorragie, avec ses caractères typiques, est le symptôme cardinal de l'hémoptysie inflammatoire, car les symptômes généraux sont fort variables.

Les mêmes remarques sont applicables aux signes physiques: tantôt le foyer pneumonique est très perceptible et présente la séméiologie bruyante de la pneumoni bacillaire, qui persiste et se caséifie, puis s'ulcère ou bien se résoud complètement, tantôt celle de la spléno-pneumonie, de la pleuro-pneumonie scissurale de Sabourin, de la simple congestion pulmonaire transitoire, sans signes de densification parenchymateuse. Dans les cas où ces signes physiques paraissent faire défaut (hémoptysie de la tuberculose abortive, par exemple), il faut, avant d'affirmer leur absence, explorer méthodiquement les zones d'auscultation, en particulier les scissures, et souvent, alors, comme l'a fait remarquer Piéry, on trouve, même si tous symptômes généraux de poussée manquent, un foyer fugace de crépitants, recouvert d'une zone d'hyperesthésie pariétale. Il est certain, d'autre part que bien des foyers ne se traduisent par aucun phénomène stéthacoustique, parce que trop profonds.

30. Hémoptysie cardio-vasculaire.— L'état cardio-vasculaire joue un rôle plus important dans une troisième classe d'hémoptysie à type assez particulier, l'hémoptysie "par stase" des classiques, type sur lequel Burnand a récemment insisté de nouveau.

On a affaire alors à des sujets dyspnéiques, cyanosés dès qu'ils font un effort ou s'exposent au froid. Ils rentrent dans la catégorie des "phtisi-cardiaques" dont Sabourin, à plusieurs reprises, a décrit les troubles circulatoires cutanés révélateurs, l'acrocyanose en paire de gant, la tachycardie habituelle; quelquefois ces sujets sont atteints de lésion mitrale où prédomine le rétrécissement; plus habituellement, on a

affaire à des hypertrophies anciens du cœur droit dont le myocarde cède et se dilate, d'autant plus que la myocardite tuberculeuse n'est, sans doute, pas rare (Lenoble).

Tous ces sujets sont pris parfois d'hémoptysies à sang noir, peu hyperthermisantes et, fait particulier, présentent à ce moment un redoublement de leurs troubles cardiaques: hypotension, tachycardie, arythmie, râles d'encombrement oedémateux des bases, galop droit, cyanose, même au repos; ce sont ces hémoptoïques que les toniques cardiaques, et surtout la digitale, améliorent. Lorsqu'ils succombent au cours d'une hémoptysie, ils meurent bien plus comme des cardiaques asystoliques que comme des pulmonaires, ce qui a fait donner à ce syndrome, par Burnand, le nom d'hémoptysie asystolique.

III.—Modes d'apparition, de groupement, aspect séméiologique pulmonaire.

10. Hémoptysie ulcérate.—Chez tous les tuberculeux ulcéreux on doit la redouter, lorsqu'ils sont évolutifs, sans qu'il soit jamais possible de la prévoir; elle constitue un accident inopiné, heureusement assez rare, quelquefois déterminé par une hypertension passagère.

20. Hémoptysie inflammatoire.—Beaucoup plus fréquente, elle est plus intéressante aussi. Je suivrai dans cette exposition, suivant ses grandes lignes, l'excellente description de F. Bezançon et I. de Jong. On peut distinguer les formes suivants:

(A) Hémoptysie dite de début.—Survenant au cours d'une santé en apparence normale, l'hémoptysie constitue la première manifestation d'une poussée tuberculeuse, soit réveil d'une tuberculose latente ancienne, soit foyer récent de réinoculation, de superinfection, soit enfin primo-infection plus ou moins tardive.

Il est difficile, au moment du premier accident, de prévoir l'avenir. Une hémoptysie initiale avec symptômes de poussée évolutive au complet, avec signes physiques pulmonaires bien manifestes, sera tenue pour sérieuse et qualifiée "d'hémoptysie d'alarme"; une hémoptysie sans symptômes de poussée évolutive, est de pronostic plus bénin.

(B) Hémoptysie accidentelle au cours de la tuberculose chronique ou aiguë. — C'est là l'accident banal, commun du fibro-caséux ou du caséux: l'abondance de l'hémorragie, les signes généraux et physiques concomitants, partant le pronostic, sont essentiellement variables, selon que l'on a affaire à une forme à tendance plus ou moins évolutive.

C) Formes hémoptoïques proprement dites de la tuberculose pulmonaire. — Tandis que dans la forme précédente, l'hémoptysie survient comme un épiphénomène, comme un simple accident plus ou moins grave, dans les formes hémoptoïques, au contraire, des crachements de sang répétés impriment à la maladie un aspect assez spécial pour réaliser une forme clinique particulière.

Là, en effet, les hémoptysies sont parfois très souvent renouvelées, véritablement subintrantes, de sorte que les malades ont continuellement "le sang à la bouche" et cette éventualité se réalise, en particulier, au cours des phtisies galopantes hémoptoïques.

D) Tuberculoses hémoptoïques à étapes éloignées, sans évolution intercurrente des lésions, ou à évolution bénigne et très lente.

Chez certains sujets, nous l'avons vu, une hémoptysie survient en pleine santé, quelquefois fort abondante, même passagèrement fébrile, mais après sa disparition on ne perçoit aucun signe stéthoscopique pulmonaire; en face de ces faits, les anciens auteurs parlaient d'hémoptysie arthritique nerveuse, etc.....; là le foyer inflammatoire n'est pas perçu et ne laisse pas de trace, et les symptômes de poussée proprement dite ont fait défaut; quelquefois pourtant (Piéry), une recherche attentive montre des signes physiques fugaces.

Si cette hémoptysie peut, exceptionnellement, rester unique dans la vie d'un sujet, le plus souvent elle récidive à des intervalles très variables, mais toujours éloignés. Les signes de poussée évolutive restent très minimes ou absents, mais, entre chaque hémoptysie, on perçoit quelquefois des signes nets d'induration d'un sommet, voire même un foyer de craquement, alors que l'état général reste excellent. Toutes les modalités s'observent et il paraît inutile, des transitions insensibles les séparant les unes des autres, de multiplier les formes cliniques.

Ces formes sont donc compatibles avec une longue existence et l'on cite des cas historiques de sujets à vie très active, accidentée par des hémoptysies plus ou moins répétées, tels Gerdy et Grétry.

E) Tuberculoses fibreuses et fibro-caséuses éréthiques ou congestives. — Les sujets atteints de cette forme font des hémoptysies à répétition sous l'influence d'une cause minime, la même, bien souvent, chez le même malade. Dumarest a très complètement étudié cette étiologie clinique. Je ne peux qu'en énumérer ici les têtes de chapitre: causes climatiques, météorologiques, thérapeutiques, alimentaires, physiques, émotives; restent enfin les causes internes provoquant les hémorragies périodiques, dont les plus importantes sont les hémoptysies de la ménopause et de la menstruation; ces dernières mériteraient un paragraphe à part; leur gravité est très variable, plus grande, en général, que pour les autres hémorragies pulmonaires de cause externe, leur foyer inflammatoire parenchymateux causal se caséifiant plus fréquemment.

Les cracheurs de sang de cette catégorie sont, anatomiquement, soit des fibro-caséux banaux, soit des fibreux à forme de sclérose dense du sommet. Ce qui leur donne un aspect à part, c'est que ce sont ordinairement des florides, quelquefois des obèses, en tout cas des tuberculeux à bon état général.

F) Phtisie galopante hémoptoïque. — Apanage des jeunes sujets, ordinairement cette forme offre une extrême gravité. Fébriles, accompagnées d'un cortège de symptômes toxi-infectieux marqués, les hémoptysies qui se succèdent souvent de façon presque ininterrompue

sont la traduction séméiologique de foyers d'infiltration nouveaux. Ces noyaux broncho-pneumoniques hémorragipares, à cause de la tendance particulière à la maladie, se caséfient et s'uncèrent rapidement.

La mort survient de façon précoce et toute la maladie se déroule en quelques mois, à la façon d'une infection subaiguë.

IV. — Pronostic général de l'hémoptysie.

Il n'est évidemment pas univoque, et l'on est obligé de faire des distinctions.

L'hémoptysie ulcéralive est d'un pronostic très grave; elle est plus souvent immédiatement mortelle par asphyxie ou entraîne une mort rapide par anémie aiguë, par phénomènes inflammatoires secondaires.

L'hémoptysie avec cyanose, encombrement des bases, tachycardie et arythmie, asystolie droite, comporte un fort mauvais pronostic aussi, bien que le danger soit moins immédiat que dans la forme précédente; une rémission peut survenir pendant un temps plus ou moins long.

Pour l'hémoptysie inflammatoire, il est impossible de donner un pronostic d'ensemble, la variabilité de ce pronostic étant très grande suivant la forme de tuberculose en cause et suivant le sujet.

Du point de vue du pronostic immédiat, le danger est rarement sérieux, car l'abondance de la perte sanguine reste très généralement modérée.

Mais ce qu'il importe surtout de connaître, dans la grande majorité des cas, c'est le pronostic à distance, le retentissement qu'aura le crachement de sang sur l'évolution ultérieure de la maladie, c'est l'issue nouvelle que prendra peut-être cette maladie après la complication qui en accide le cours.

En observant uniquement les caractères de l'hémoptysie elle-même on pourra se faire une idée de sa gravité bien plus sur les signes associés, que sur l'aspect et l'abondance de l'hémorragie. Pourtant, la prolongation du crachement de sang — mise à part la question de l'anémie qu'elle détermine — n'est pas de bon augure. Si une poussée de fièvre, même élevée, mais passagère, n'est guère à craindre, la durée prolongée de l'hyperthermie est défavorable ainsi que l'apparition de cette dernière, antérieurement au début de l'hémoptysie. D'ailleurs, d'une façon générale, lorsque l'accident débute au milieu d'une santé en apparence normale ou, tout au moins, lorsqu'il ne présente pas de prodromes propres au cours d'une tuberculose assez bien tolérée, il est moins à craindre que lorsqu'un fléchissement de l'état général, de l'amaigrissement, de l'anorexie, une dénivellation de la courbe thermique, l'ont précédé.

Le pouls, fournit un signe de valeur: avec une pression élevée, au moins moyenne, plutôt lent ou simplement accéléré au prorata de la température, il est de pronostic favorable.

Enfin, l'absence de bacilles dans le sang expectoré, la pauvreté des signes stéthoscopiques sont de bon augure.

Tout ce qui précède revient à dire, on le voit, que le pronostic de l'hémoptysie sans poussée ou avec poussée très atténuée, très minime, très écourtée, est bien plus favorable que celui de l'hémoptysie au cours de laquelle ce fâcheux cortège de symptômes associés est présent.

En tout cas, ce que l'on ne doit pas oublier, c'est que l'hémoptysie est toujours un accident effrayant pour le malade, démoralisant lorsqu'il se répète et que son apparition est quelquefois le signal d'une aggravation dans l'état pulmonaire. De plus, elle oblige à un régime de restriction alimentaire qui va diamétralement à l'encontre du traitement général de l'affection causale. On peut donc considérer que le crachement de sang constitue bien réellement une complication de la tuberculose pulmonaire et qu'il en assombrit toujours dans une certaine mesure le pronostic, même s'il est en lui-même bénin. Le seul fait que l'on puisse inscrire à son actif, c'est de fournir parfois un signe révélateur attirant l'attention du malade sur son appareil pulmonaire et permettant ainsi un diagnostic plus précoce et, en conséquence, une thérapeutique plus efficace de la tuberculose incipiente qui est responsable de son apparition.

(Extraits: Journal de Méd. de Lyon, 5 avril, 1922).

Antiseptique Désodorisant

SANS ODEUR ET NON TOXIQUE

LUSALDOL

Formol saponiné

Desinfectant général — En solution de 1 à 5%

GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE d'ACCIDENTS
STÉRILISATION DES INSTRUMENTS

M. CARTERET, 15, Rue d'Argenteuil, PARIS.

Pour Littérature et Echantillons, s'adresser aux Concessionnaires

ROUGIER FRÈRES, 210, rue Lemoine, -- MONTRÉAL

COMMENT MEURENT LES TUBERCULEUX CAVITAIRES

Devant la Société Médicale des Hôpitaux de Bordeaux (24 fév. 1922), MM. Grouzon, Marceron et Grenaudier, présentent une note relatant leurs observations de deux années dans un service de tuberculeux cavitaires de la Salpêtrière, sur le mode de terminaison et sur les causes de décès constatées à l'autopsie. Leur statistique porte sur 183 décès. Deux fois seulement, la mort fut causée par une hémoptisie foudroyante. La mort par asphyxie fut de beaucoup, la plus habituelle, (163 cas). Quelquefois, l'asphyxie n'a pas été progressive, mais a été suraiguë et soudaine. Les auteurs attribuent ces cas de mort brusquée à des poussées congestives ou oedémateuses terminales qu'ils ont rencontrées dans les autopsies. Dans 11 cas, le décès fut, consécutif à l'apparition d'un pneumothorax. Les autres décès ont été causés: trois fois par des pleurésies, 2 fois par cachexie et anasarque, une fois par insuffisance hépatique, enfin une fois par une anémie progressive due à de petites hémoptysies répétées.

Dyspnée dans la phthisie chronique — Causes et traitements.

10. **De cause congestive et inflammatoire:** C'est la plus commune des causes. Révulsifs locaux: pointes de feu, surtout les vésicatoires petits, mais souvent répétés.

20. **Bronchite aiguë:** Si fréquente dans la phthisie.

(a) **toux sèche et quinteuse:** l'empêcher de tousser, puis codéine morphine; quand le larynx y participe, inhalations de menthol.

(b) **toux humide:** badigeonnage à la teinture d'iode, ou mieux grands cataplasmes synapisés renouvelés matin et soir, aussi synapismes sur les membres inférieurs et bains de pieds synapisés.

Quand il y a congestion et bronchite capillaire avec dyspnée intense: vomitifs, ipec, (1 à 2 grammes) mais se défier des autimoniaux et surtout de tartre stibié.

30. (a) **Pleurésie sèche:** Injection de morphine, ou petit vésicatoire (loco dolenti) pansé avec 1 ou 2 centigrammes de morphine.

(b) **Pleurésie avec épanchement:** se comporter suivant l'abondance plus ou moins grande, au moyen de la seringue de Pravaz, on retire 1 c. c. du liquide épanché, et on l'injecte dans le tissu cellulaire. Une ou deux injections de ce sérum suffisent.

40. **Pneumothorax:** point de côté avec angoisse, dyspnée intense, suffocation imminente, extrémités froides, cyanose, même asphyxié et mort..... **Contre la douleur:** morphine, cataplasmes synapisés, bandage de corps bien serré. S'il y a menace d'**asphyxie**, ponction immédiate de la poitrine (thoracentèse), une ou deux fois. Contre la congestion de l'autre côté du poumon, vantouses sèches, synapismes sur les extrémités.

50. **Dyspnée intermittente: (a) d'origine fébrile**, surtout le soir, avec sensation d'ardeur rétro-sternale: mettre le malade dans une grande chambre en faisant souvent changer l'air de l'appartement, peu de monde, température fraîche, faire des fumigations autour du lit, et frotter avec une solution de vinaigre sur les narines et les tempes, lotions fraîches sur le corps; Boissons acidulés à l'intérieur.

(b) **d'origine gastrique**: dyspnées survenant après les repas, surtout après celui du soir. Lavage de l'estomac immédiatement avant chaque repas.

Quand la dyspnée est d'origine réflexe et s'accompagne de vomissements, alors on calme les terminaisons nerveuses par laudanum, coïcaine, préparation chloroformée.

60. Il y a aussi les dyspnées d'origine rénale ou cardiaque.

FORMULAIRE.

Sueurs nocturnes des phtisiques.

Acide salicylique.....	2 grammes.
Eau stérilisée.....	10 grammes.
Alcool.....	6 grammes.
Glycerine neutre.....	4 grammes.
On injecte au coucher 2 cc. de cette solution, cela suffirait en 4 ou 5 soirs.	

Liquueur de Fowler.....	3 grammes.
Tr. de Belladone.....	3 grammes.
Eau de laurier cerise.....	20 grammes.

Dose: 15 à vingt gouttes vers 5 heures du soir; répéter au milieu de la nuit si c'est nécessaire.

Extr. de Belladone.....	$\frac{1}{8}$ de grain
Extr. d'Opium.....	$\frac{1}{8}$ de grain

Pour une pilule.

Dose: Une ou 2 pilules chaque soir.

Extr. d'Hydrostis canadensis.

Dose: 30 gouttes: trois fois dans 24 heures.

Sulfate de quinine.....	1 gr. 50 cgr.
Sulfate de zinc.....	1 gr. 50 cgr.
Extr. de Jusquiame.....	1 gr. 50 cgr.
Extr. de noix vomique.....	0 50 cgr.

Mêlez et divisez en 20 pilules.

Dose: 2 pilules le soir au coucher.

Le Sulfonal dans le traitement des sueurs nocturnes.

M. le Docteur F. Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille, a reconnu à la suite d'une série d'observations cliniques, que le sulfonal, administré à la dose de 1 à 2 grammes, est susceptible de combattre efficacement les sueurs nocturnes des tuberculeux tout en exerçant son effet hypnotique habituel. Cependant cette action antihydratique ne se produit que dans les cas où les lésions préliminaires ne sont pas encore trop avancées, et elle manque chez les sujets porteurs de cavernes volumineuses. Le médicament doit être donné au moment du coucher. Si on le fait prendre au repas du soir, comme cela se pratique souvent lorsqu'on administre le sulfonal en qualité d'hypnotique, la transpiration nocturne n'est nullement modifiée. Ce fait est dû probablement à ce que l'action antisudorale du sulfonal s'épuise rapidement.

Enfin, M. Combemale a trouvé que l'accoutumance se produisait lorsqu'on administrait le sulfonal pendant plus de 15 jours.

Procédé hydrothérapique contre les sueurs nocturnes.

Dans les cas d'hyperhydrose nocturne des phthisiques rebelle aux traitements ordinaires (atropine, agaricine, phosphate de chaux, etc.) le moyen suivant a souvent réussi à M. le Docteur Knopf, ainsi qu'il le relate dans sa thèse inaugurale.

Une compresse de toile ou de coton, pliée en 3 ou 4 doubles, et imbibée d'eau froide, assez longue pour pouvoir recouvrir comme un châle la poitrine et les épaules est appliquée rapidement sur le thorax en ayant soin que les sommets soient bien couverts. On enroule ensuite autour de la poitrine une compresse de flanelle qui doit être un peu plus large que la compresse de toile.

Le malade reste ainsi emmailloté pendant toute la nuit; le plus souvent il dort bien, n'éprouve aucun inconvénient de la chaleur entretenue par les compresses, et transpire peu ou point. Le matin on enlève les compresses et on fait une friction sèche.

Ce procédé hydrothérapique est excellent. Je l'emploie couramment; seulement je le modifie quelque peu. Ainsi je fais mettre des compresses froides, que je renouvelle à toutes les 10 ou 15 minutes, et cela pendant une heure dans le cours de la soirée. Ensuite je fais frictionner et assécher mon malade.

A. J.

Sur la manière d'administrer l'huile de foie de morue. (Bricemont)

Huile de foie de morue.....	400 grammes
Sirop de Baume de Tolu.....	200 grammes
Tr. de Tolu.....	XII gouttes.
Essence de girofle.....	II gouttes.

ne pas émulsionner; au moment de l'emploi, agiter vigoureusement le mélange, dont on administre une cuillerée à bouche 2 à 3 fois par jour.

De cette manière le goût seul de sirop aromatisé persiste après l'ingestion.

Toux sèche et opiniâtre.

(a) Acide hydrocyanique dil.....	2 grammes
Sulfate de codéine.....	1 “
Eau de laurier cerise pour.....	125 “

Dose: Une cuillerée à thé, 3 à 4 fois par jour.

N. B.— Il faut avoir soin de tenir cette préparation dans un endroit frais et obscur. Cest une excellente formule. A. J.

(b) Acide hydrocyanique dil.....	2 grammes
Acide nitric dil.....	12 “
Glycérine	32 “
Inf. quassiae ad.....	200 “

Dose: Une cuillerée à soupe, dans un verre à vin d'eau, 3 fois par jour.

Bronchite des vieillards.

Acide benzoïque.....	0 gr. 30 cent.
Taunin.....	0 gr. 15 cent.

Mêlez: Pour un cachet No. 20. Prendre 4 à 5 cachets in die.

Produits “LOUVAIN”

Nous sommes heureux d'offrir à la profession médicale les produits suivants, avec la confiance qu'ils peuvent leur rendre de réels services dans la pratique, car, leur emploi, depuis un grand nombre d'années, a prouvé hautement leur efficacité.

Tonique LOUVAIN, Force, Vigueur, Energie.

RECONSTITUANT DE L'ORGANISME

(chaque once représente: 1-60 grain d'arséniate de soude, en combinaison avec les phosphates de chaux et soude, et l'extrait de kola et quinquina.

Poudres LOUVAIN pour le Rhumatisme.

PROCURENT UN SOULAGEMENT PROMPT ET EFFICACE

(à la base de salicylate de soude, aspirine et caféine.)

Eau LOUVAIN, digestive et purgative.

Laxatif doux et efficace, ne causant aucune douleur. Active la sécrétion biliaire.

LABORATOIRE LOUVAIN,

LEVIS, QUE.

BIBLIOGRAPHIE.

La rhinite spasmodique aperiódique.

Le Dr. Georges Dhers vient de publier à la librairie Jouve & Cie, Paris, un opuscule sur le sujet cité plus haut, et qu'on appelle communément, mais à tort, hydroporrhée nasale, rhinite spasmodique, rhume des foins, ou éternuements paroxystiques. L'autosérothérapie est le traitement tout indiqué pour cette sorte d'affection. La lecture de l'ouvrage est des plus attrayantes et des plus instructives. A. J.

PETITES CONSULTATIONS.

1^{re}—Dans les cas de *rhinite chronique*, chez les scrofuleux, l'huile de foie de morue, les hypophosphites, le sirop d'Iodure de fer, etc., feront beaucoup mieux que le traitement local.

2^{re}—Les *démangeaisons* chez les cardiaques et les vieillards, céderaient facilement (en 8 jours) à la teinture de strophantus, à raison de 12 gouttes, 2 fois par jour.

3^{re}—*Bruissements d'oreille chez les cardiaques*.—On sait que dans les affections valvulaires du cœur les malades se plaignent souvent, notamment pendant les périodes d'exagération de l'activité cardiaque, de diverses sensations très pénibles dans les oreilles et même dans toute la tête, telles que sensation de plénitude, de sifflements, de bruissements, etc. Or, d'après le Dr Robinson, professeur de clinique médicale au Bellevue Hospital Medical College de New-York, ces phénomènes, qui incommode tant les malades lorsqu'ils se livrent à leurs occupations habituelles, pourraient être considérablement amendés par l'usage du salicylate de soude associé à la phénacéture à petites doses. Ce traitement ne doit toutefois être que de courte durée; on le suspend dès qu'on voit cesser les symptômes qu'il est appelé à combattre, pour y revenir, s'il le faut, aussitôt que ces troubles se manifestent de nouveau.

4^{re}—*Des indications et du mode d'administration du colomel chez les cardiaques*.—D'après le Dr Piassetzky (d'Elisabethgrad), le colonel employé comme diurétique dans les affections du cœur n'agirait que dans les cas où il existe de l'ictère. L'absence de ce symptôme serait une contre-indication à l'emploi de ce médicament. Notre confrère a remarqué, que pour obtenir le maximum d'action diurétique, le calomel doit être donné à doses purgatives pendant 4 jours consécutifs. Cette médication est renouvelée à plusieurs reprises; dans les intervalles on administre la digitale ou ses succédanés. Par ce traitement, le Dr a obtenu la disparition rapide et persistante des oedèmes les plus considérables, après quoi le myocarde a récupéré sa sensibilité à l'égard des médicaments cardiaques qui avaient cessé d'agir.

5^{re}—*Contre les bruissements d'oreilles* :

Sulfate d'atropine.....0 gr. 01 cgr.

Eau dist.....15 gr.

Dose: 1 à 15 gouttes, 3 fois par jour—“(Journal de Médecine”, Paris).

NOUVELLES

Il nous fait plaisir de saluer le retour au pays de M.M. les Docteurs A. Vallée, Paul Marceau, et J. M. Dagneau. Ce dernier s'occupera spécialement des maladies des yeux, du nez et des oreilles.

Tout dernièrement nous arrivait aussi M. le Dr. O. Verrault, après deux années d'études dans les hôpitaux de Paris. Ce monsieur entend se livrer particulièrement à la pratique de la chirurgie.

A tous nous souhaitons un joyeux retour, et du succès dans leur carrière professionnelle.

* * *

M. le Dr René Fortier, professeur de Pédiatrie, est parti ces jours derniers pour l'Europe. Il s'en va représenter la Faculté de Médecine de Québec, à deux congrès relatifs aux maladies des enfants, qui auront lieu à Paris, au cours du mois de juillet.

Bon voyage à l'aimable confrère.

ANÉMIE

CONSOMPTION

FER VITALISÉ

HEMOGLOBINE**DESCHIENS**

OXYDASES DU SANG

NEURASTHÉNIE

CONVALESCENCES

**OPOTHERAPIE
HEMATIQUE**par le SIROP
de**DESCHIENS**à l'Hémoglobine
pureREMPLACE
VIANDE CRUE
et FERAdmis dans les
Hôpitaux de Paris.**Doses:** 1 cuillerée à
soupe à chaque repas**DESCHIENS,**
9, Rue Paul-Beaudry,
Paris.**Canada: ROUGIER FRERES, à MONTREAL.**

AVIS

Une fois de plus nous tenons à donner l'avis suivant aux médecins : Confrères, le "Bulletin Médical" s'occupe de tout ce qui touche à la vie du praticien ; il se met à votre entière disposition pour tous conseils, renseignements de tout ordre dont vous pouvez avoir besoin. N'hésitez pas à nous écrire ; ce journal est le vôtre.

Encouragé par cet avis, un médecin nous écrivait, ces jours-ci, nous demandant notre avis sur l'usage de la pituitrine en obstétrique. Nous lui ferons connaître notre manière de voir par la plume d'un de nos collaborateurs.

La Rédaction.

VARIETES

Destruction des souris.

Faire dissoudre de l'acide arsénique (quantité suffisante) dans du lait : laisser le récipient dans la pièce infestée de souris ; ce lait arsénié les tue et empêche la putréfaction.

Mort aux rats

On emploie des squammes de scilles frites dans de la graisse : les rats succombent à une néphrite.

Les poisons chimiques contre les rats.

Parmi les poisons chimiques à employer contre les rats, permettez-moi de faire connaître un mélange bien simple, que j'ai souvent employé et vu employer à la campagne, avec succès.

Farine de froment et plâtre de Paris, mélangés à parties égales. Faire le mélange avec une cuiller pour éviter de lui communiquer l'odeur des mains. Il est indispensable de mettre à côté un récipient quelconque contenant de l'eau.

Furoncles, Anthrax,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation,
etc.,

LEVURINE

de COUTURIEUX, 18, av. Hoche,
Paris est le seul vrai produit de
ce nom dérivé de la LEVURE de
BIÈRE. En Cachets, en Poudre et
Comprimés.

Quelque temps après il n'est pas rare de trouver dans un coin une peau de rat momifiée, à l'intérieur de laquelle on trouve un bloc de plâtre de la grosseur d'une petite noix (Dr Donnadieu: Journal des praticiens, 3 déc. 1921).

Recette pour vivre vieux.

M. le Dr. Marcel Natier poursuit une enquête sur les centenaires dans la "*Médecine internationale*". Il a observé qu'il existe une relation constante entre l'état physique et intellectuel et les oscillations du poids, relation dont il tire les conclusions pratiques que voici: 1—Jusqu'à 20 ans, il faut gagner du poids; 2—de 20 à 30 ans, on peut gagner du poids; 3—de 30 à 40 ans, on doit rester sur son poids; 4—à partir de 40 ans, on doit perdre du poids et en perdre de plus en plus jusqu'à l'extrême maigreur, si l'on veut parvenir à un âge très avancé, en demeurant alerte d'esprit et suffisamment bien portant.

Des 3 centenaires examinés, il ressort des indications à peu près concordantes. Tous avaient conservé une activité physique en rapport avec leur âge et l'intégrité relative, sinon complète, de leurs facultés; tous ont été généralement sobres; deux présentaient depuis longtemps un état avancé de maigreur; le 3e centenaire, une femme, avait été plutôt replète, mais commença à maigrir un peu avant sa mort, à l'époque de laquelle elle était devenue très émaciée. M. Natier déduit de ses premières investigations, que trois conditions semblent, en apparence, favorables à la prolongation de l'existence: la maigreur, la sobriété et une activité continue.

(Extraits de la "Gazette des Hôpitaux"—3-6-1922).