

BULLETIN

"LE HOQUET"

Au cours du mois de février 1924, a passé, à Québec, comme qui dirait une petite vague de "hoquet". Il m'a été donné, alors, d'en observer quelques cas; et plusieurs de mes confrères, à qui j'en ai parlé, ont aussi fait la même constatation. Aurions-nous par hasard la répétition de cette petite épidémie de hoquet que nous avons eue il y a quelques années? Il serait prématuré de l'affirmer.

En tout cas, le hasard de la clientèle privée m'a fait traiter 7 cas de hoquet dans l'espace de 3 semaines. L'un de ces cas était une petite fille de 12 ans; 5 autres étaient des adultes de 25 à 40 ans; et une vieille femme de 72 ans. Deux de ces observations se trouvaient dans la même famille, à une semaine d'intervalle l'une de l'autre.

Le hoquet était la seule manifestation clinique, sans aucun retentissement sur l'état général. Tous ces sujets étaient par ailleurs en parfait état de santé, et continuaient à vaquer à leurs occupations comme si rien n'était. Chez quelques-uns d'entre eux, le hoquet était tellement incessant,—durant quelquefois plusieurs heures,—que cela déterminait une douleur au creux épigastrique, et même l'insomnie. Le moindre mouvement respiratoire anormal, une secousse de toux par exemple, réveillait le spasme.

La durée de la maladie a varié de une demi-journée à deux jours et demi. De ces sept observations,, 5 ont eu une durée de deux jours et plus, et deux de quelques heures.

Comme on le sait, le hoquet, manifestation nerveuse, n'est rien autre chose que la contraction brusque du diaphragme, contraction qui détermine une secousse des cavités du ventre et de la poitrine et qui s'accompagne d'un bruit rauque, produit par le passage rapide de l'air à travers la glotte.

En dehors de l'épidémie, les causes habituelles du hoquet ordinaire sont multiples. C'est généralement le produit réflexe des maladies du pharynx, de l'oesophage, de l'estomac, du foie, du poumon et des plèvres, de la matrice, du rein, de la vessie, des péritonites, de la méningite, de l'alcoolisme. Chez les nourrissons, le hoquet indique souvent de la suralimentation.

Que faire contre cette affection? S'attaquer à la cause, quand la chose est possible. "*Sublata causa, tollitur effectus*", comme diraient les philosophes.

Généralement le traitement est purement symptomatique.

Les médications les plus simples consistent à faire, plusieurs fois de suite, des inspirations profondes, et à maintenir ainsi le poumon dilaté pendant quelques secondes. En général, tous les procédés aboutissant à l'immobilisation volontaire du diaphragme, soit en inspiration, soit en expiration, produisent le même résultat.

L'application d'un synapisme sur le creux épigastrique produit quelquefois le soulagement des malades.

On a aussi réussi à guérir un hoquet qui datait de 4 jours en maintenant la langue hors de la bouche pendant quelques minutes. Les tractions rythmées de la langue ont aussi le même effet.

Comme le hoquet n'est rien autre chose qu'une contraction spasmodique du diaphragme, tout naturellement on a pensé aux antispasmodiques. Le bromure, la belladone, le jusquiame, le cyanure de potassium ont tour à tour été recommandés. Une bonne formule serait la suivante :

R/ Cyanure de potassium	5 cgr.	
Sirop de fleurs d'oranger	} à 75 grammes	
Sirop de morphine		

Dose : Une cuillerée à thé toutes les heures sans dépasser le tiers de la potion dans les 24 heures.

Dernièrement je me suis rappelé un moyen très simple, recommandé par le Dr J. Morlot, de Lyon, et qui consiste à fumer, en aspirant la fumée, une cigarette de feuilles de datura nitrées, telles qu'on les emploie dans les accès d'asthme. Dans trois cas j'ai employé ces cigarettes, et le succès a été immédiat.

À défaut de ces cigarettes on peut employer, en fumigation, les poudres antiasthmiques.

J'ai entendu vanter les bons effets de la morphine par quelques-uns de mes confrères, et des meilleurs. Je crois en effet en son efficacité, surtout quand le hoquet se complique d'insomnie.

Albert Jobin

REGYL

à base de peroxyde de magnésium et de
chlorure de sodium organique

Echantillons gratuits à MM. les Docteurs

DYSPEPSIES GASTRALGIES

Rebelles aux traitements ordinaires
8 fr. 50 LA BOITE POUR UN MOIS.

Laboratoires FIÉVET
53, rue Réaumur, PARIS
Dépôt : MONTREAL, 820, Saint-Laurent.

TUMEURS DE LA REGION SOUS-HEPATHIQUE.⁽¹⁾

"TROIS OBSERVATIONS CLINIQUES".

Dr P. C. DAGNEAU,

professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Les trois malades dont je veux vous présenter aujourd'hui les observations n'ont rien d'extraordinaire ni de rare; seulement, ils réunissent en un petit groupe, que le hasard de la clinique a réuni en même temps, les trois affections principales qui donnent lieu à des tumeurs dans la région sous costale droite, non pas que seuls les organes dont il sera question peuvent donner lieu à la présence de masses analogues à celles que je vous décrirai dans un instant, mais le colon transverse, le rein et le foie sont bien les trois sources les plus fréquentes des affections de cet ordre.

La première malade qui nous intéresse présente l'observation suivante: Melle B. 45 ans, se plaint de douleurs dans la région sous-hépatique depuis le commencement de l'année 1918; elle a dans cette région des douleurs presque constantes, avec certaines exacerbations qui ont le caractère de crises, pas très intenses et sans grande durée. Cependant des troubles d'estomac assez complexes, sans grande précision cependant, accompagnent cet état douloureux; ces crises accompagnées quelquefois de nausées, rarement de vomissements, ne présentent aucune irradiation classique, ni symptômes accessoires qui soient de nature à faire fixer un diagnostic d'une façon bien précise.

En juin 1919, après avoir posé un diagnostic de lithiase biliaire, un chirurgien lui fait une laparatomie droite et découvre au cours de son exploration des traces d'ulcère du duodénum, sans lui faire cependant d'intervention sur cet organe.

Après sa convalescence, un traitement alcalin lui procure quelques soulagements, mais en décembre 1921, à la suite de la répétition des mêmes accidents, un autre chirurgien lui fait une gastro-entérostomie dont la malade se remet très bien et conserve une amélioration presque complète de tous ses symptômes antérieurs; la malade engraisse et reprend ses occupations.

En septembre 1923, la malade commence à se plaindre de certains troubles intestinaux, alternatives de diarrhée et de constipation, douleurs

(1)—Communication faite à la Société Médicale, le 22 février 1923.

et coliques, qui, au cours du mois de novembre, la forcent à abandonner ses occupations ordinaires de garde-malade.

Elle se présente à l'hôpital le 10 fév. dernier et nous n'avons aucune difficulté à rattacher ces symptômes d'obstruction chronique de l'intestin à la présence d'une tumeur grosse comme une mandarine, irrégulièrement bosselée, très peu mobile, indépendante des mouvements de la respiration, située sous le bord externe du muscle droit de l'abdomen, en bas du bord antérieur du foie, qui est trop petite pour provoquer une matité et qui à la suite de cet examen nous semble intéresser le colon transverse.

L'étude radiographique de son intestin fournit une image lacunaire au niveau du colon transverse, partie droite, où l'ombre de la colonne de barite semble rétrécie sur une longueur d'à peu près deux pouces, et nous posons le diagnostic de cancer annulaire de colon transverse. Nous lui proposons une intervention qui doit aboutir à la résection si possible.

L'opération a lieu le 14 février; anesthésie à l'éther, incision latérale droite dans le voisinage immédiat de sa cicatrice, dissection des plans pariétaux, et nous arrivons sur la masse qui intéresse la paroi abdominale où elle s'est glissée en suivant d'anciennes adhérences peut être.

Cette masse envahit l'intestin, le méso-colon dont les ganglions sont pris d'une manière considérable, et adhère à la paroi qu'elle pénètre sur une très large étendue. Devant l'extension de la lésion, la difficulté de sa libération totale et l'impossibilité de son ablation complète, nous refermons le ventre, quitte à lui faire, quand le besoin se fera sentir, un anus artificiel permanent droit.

La malade fait actuellement sa convalescence et prétend avoir profité de l'intervention d'une façon extraordinaire; elle ne sait pas évidemment l'insuccès de notre entreprise.

* * *

La deuxième observation a trait à une femme de 42 ans, mariée depuis vingt ans et sans enfants, qui ne présente aucun antécédent pathologique sauf une dysménorrhée mécanique qui remonte à la puberté.

Elle se plaint surtout de troubles digestifs et de douleurs dans le ventre; ces troubles digestifs sont peu précis, irréguliers dans leur apparition et leur situation, et pour employer l'expression de la malade, il semble qu'elle digère mal parce que son ventre ne va pas bien.

Ses douleurs semblent partir d'un point situé dans son flanc droit en dessous des fausses côtes et irradier un peu partout dans son abdomen.

A l'examen, absolument rien d'anormal, sauf une tumeur, grosse comme une mandarine qui semble accolée à la paroi abdominale postérieure immédiatement en dessous du foie. Cette tumeur est lisse, arron-

die, légèrement douloureuse à la compression, à peu près immobile, malgré qu'on peut la déplacer un peu de haut en bas. On découvre au devant de la tumeur de la sonorité; le contact lombaire existe légèrement, mais il est très difficile à établir.

La radiographie ne découvre aucune ombre suspecte au niveau de la vésicule biliaire, mais l'impression que nous avons eue est telle que nous passons outre et que nous procédons le 14 février à une laparatomie droite qui nous amène facilement sur la tumeur qui est le rein abaissé et irréductible.

L'incision antérieure est fermée; la malade retournée, nous lui faisons une incision lombaire qui nous amène à la loge rénale. Nous pouvons alors expliquer la forme étrange de ce rein déplacé.

Ce sont des adhérences de la capsule rénale et du tissu péri-rénal qui ont enroulé le rein en boule sur le côté du hile, et qui le maintiennent fixé à la paroi postérieure bien en bas de sa loge.

Nous procédons à la libération du rein, de toutes ses adhérences, ce qui lui rend sa forme normale, et nous terminons en le fixant à la paroi postérieure par un double point qui le suspend aux aponévroses de la région.

* * *

La troisième observation est celle d'un homme de 52 ans, cultivateur, marié, père de huit enfants vivants et en bonne santé, qui se présente à l'hôpital le 25 avril 1922 sans aucun autre symptôme qu'une grosse masse dans le flanc droit.

Cette masse était à contact lombaire, avec une zone de sonorité antérieure; nous en avons fait alors une tumeur du rein que nous lui avons enlevée facilement dans les premiers jours de mai de la même année.

Macroscopiquement et microscopiquement, c'est un sarcome qui ne semblait pas avoir dépassé les limites de l'organe envahi.

Le malade laissait l'hôpital le 11 juin de la même année, apparemment guéri et reprenait tout de suite son travail.

Dans le courant d'octobre 1923, c'est-à-dire quinze mois après, à la suite d'une petite contusion dans son flanc droit, il vit apparaître au niveau de sa cicatrice et sous la peau, dans le voisinage de son épine iliaque, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette; en s'examinant, il trouve en bas de ses fausses côtes, une autre tumeur plus grosse, boudinée, ce qui l'amène à l'hôpital.

A l'examen, les deux tumeurs sont facilement évidentes, mais la plus élevée des deux a ceci de particulier; elle disparaît durant la contraction de la paroi abdominale; malgré ce petit symptôme, nous nous faisons

l'opinion qu'elle appartient à la paroi intérieure; récurrence de l'affection pour laquelle nous l'avons déjà traité.

Le 4 février, après anesthésie à l'éther, nous lui refaisons son incision lombaire qui nous amène sur sa première petite tumeur située dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En continuant l'incision à travers la paroi, nous arrivons sur la deuxième tumeur qui s'est développée à l'intérieur entre le muscle transverse et le muscle petit oblique.

Cette tumeur s'enlève plutôt facilement et au moment où nous croyons avoir fini, nous en découvrons deux autres, de même nature évidemment, situées, l'une de ce qui reste de l'ancien tissu péri-rénal, l'autre dans les ganglions lymphatiques à la face antérieure de l'aponévrose du psoas.

Ces deux dernières tumeurs sont particulièrement faciles à disséquer et à enlever; par précaution, nous laissons dans les cavités deux minces tubes à drainage que nous enlevons le deuxième et le troisième jour; nous fermons la paroi en deux plans et le malade guérit sans incident, se lève de son lit le 11^{ème} jour, le 15 février, et part le 17 alors que sa plaie est complètement fermée.

Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour prédire son avenir: une récurrence dans un organe important et non amputable.

* * *

Comme je le disais au début, il n'y a rien dans ces trois observations de bien rare ou de bien extraordinaire, mais j'ai cru vous intéresser en vous les groupant ensemble.

La présence d'une petite tumeur dans le voisinage de la face inférieure du foie pose toujours un problème assez complexe, que certains symptômes viendront sans doute souvent éclaircir, mais qui n'en présente pas moins certaines difficultés qu'il s'agit de résoudre par l'étude minutieuse et détaillée de chacun des aspects de la question. La tumeur à connexions hépatiques suit les mouvements de la respiration dont elle continue la matité.

La tumeur d'origine rénale conserve un contact avec la paroi lombaire et doit retomber naturellement dans la loge rénale, la tumeur intestinale a souvent une influence sur la fonction de cet organe.

Chacune de ces tumeurs cependant peut, pour des causes variées, ne pas présenter ce symptôme capital et laisser dans l'esprit de l'observateur un doute très sérieux.

C'est ce qui a causé une erreur qui semble facile à éviter dans une des observations que je vous ai citée.

P. C. Dagneau

L'ANGINE RETRO-NASALE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT.

Dr Henri PICHETTE,

Assistant du service laryngologique (Hôtel-Dieu).

A côté de toutes les manifestations infectieuses propres à l'enfant, il faut faire une large place à l'angine rétro-nasale. C'est à Lemée que nous devons la description complète de cette affection.

Cette angine s'observe, et chez les nourrissons et chez les enfants, entre l'âge de 3 et 10 ans. Elle est plus fréquente pendant les saisons froides et humides. Sans spécificité absolue, elle relève tantôt du streptocoque, tantôt du staphylocoque, tantôt du pneumocoque; hôtes habituels du carrefour aéro-digestif des jeunes sujets.

Elle passe très souvent inaperçue, parce que son diagnostic, il faut bien l'avouer, est assez difficile. Elle intéresse exclusivement la partie haute du pharynx, c'est-à-dire le cavum, et respecte le pharynx buccal; c'est là un point important et caractéristique de l'affection.

L'angine rétro-nasale peut débiter de trois façons:

(a)—Un enfant, en parfaite santé, devient subitement abattu, fatigué, il refuse de boire ou de manger; puis la fièvre apparaît, accompagnée de vomissements; chez l'enfant, le vomissement est le premier signe d'une affection grave.

(b)—D'autres fois, c'est au milieu de la nuit, la mère s'aperçoit que son enfant respire difficilement, sa respiration est plus sonore, il s'éveille souvent en proie à des terreurs nocturnes.

(c)—Enfin, dans une troisième forme, la maladie débute par un frisson; puis après 12 ou 24 heures, la température s'élève, la face est congestionnée, il y a de l'hyperesthésie cutanée, du Kernig, de la raideur de la nuque, en somme tous les symptômes de la méningite.

A l'examen de la bouche et de la gorge, on ne voit rien. Du côté du nez la muqueuse est rouge, congestionnée; il y a quelques sécrétions filantes, ou muco-purulentes. C'est surtout du côté du cavum qu'il faut porter son investigation; la rhinoscopie postérieure est généralement très difficile, mais avec un peu de patience on finit par la réussir. Le pharynx supérieur est très congestionné, l'amygdale pharyngée est tuméfiée et très vascularisée; ce qui frappe c'est la différence très nette entre la muqueuse du cavum, et la muqueuse du pharynx buccal au point de vue coloration, l'une est très rouge, l'autre a conservé son aspect normal. Si on fait le toucher on a une sensation de chaleur intense.

Un autre signe important et qui est pathognomonique de l'angine rétro-nasale, c'est l'otalgie; elle se manifeste surtout quand l'enfant avale. A l'examen du tympan, on voit au niveau du quadrant postéro-supérieur un liséré rougeâtre qui persiste environ 24 heures, pour faire place ensuite à une voussure de toute la partie supérieure du tympan, qui à première vue, peut nous laisser croire à une otite moyenne suppurée, mais si on fait une ponction, on ne retire pas de pus.

Dans la majorité des cas, après trois ou quatre jours, la fièvre tombe et tout rentre dans l'ordre. On peut quelquefois observer une forme subaiguë dont la durée est de un ou deux jours.

Sa forme prolongée est plus rare; le début est le même, mais la température persiste pendant 3 ou 4 semaines; à l'examen, on trouve des sécrétions muco-purulentes qui tapissent le pharynx. La toux est de règle, de même que les troubles du côté de l'estomac et de l'intestin.

Chez le nourrisson, l'angine rétro-nasale se complique assez souvent d'otite moyenne suppurée; en effet chez le très jeune enfant la trompe d'Eustache est largement ouverte et favorise la propagation de l'infection du côté de la caisse. Entre autres complications, il faut citer la mastoïdite, la méningite et les spasmes de la glotte.

Le diagnostic n'est pas toujours facile en raison des difficultés que présente l'examen. C'est un diagnostic d'élimination; il faudra penser à l'angine rétro-nasale, si la rougeole, la scarlatine ou la pneumonie, ne peuvent être mises en cause. Mais c'est surtout la méningite qui prête le plus à l'erreur, lorsqu'il y a raideur de la nuque, Kernig, hyperesthésie cutanée.

Traitement: Pas de lavages, pas de badigeonnages; il n'y a qu'un traitement, ce sont les instillations. L'enfant sera tenu dans la position horizontale, la tête plus basse que le corps; l'instillation devra être faite très lentement. Jamais employer d'huile mentholée, car elle peut déterminer des réflexes spasmodiques très violents, pouvant aller jusqu'à l'apnée complète.

Le meilleur antiseptique à employer est encore l'argyrol 1/50 à 1/20; les solutions fortes sont irritantes. Les solutions huileuses ou les pommades à base d'adrénaline sont très utiles; elles agissent lentement et ne déterminent pas de vasodilatation consécutive.

Henri Pichette

UN CAS DE SYPHILIS TERTIAIRE DU FOIE.

Dr Roland DESMEULES,

Médecin assistant à l'Hôtel-Dieu et au Dispensaire anti-tuberculeux.

Le 24 septembre 1923, se présente dans le service médical de l'Hôtel-Dieu une malade âgée de quarante-huit ans, venue à l'hôpital pour douleurs dans l'hypocondre droit et au membre inférieur gauche.

Son père est mort à trente-cinq ans d'une pleurésie; sa mère à trente-trois ans, à la suite d'un accouchement. Elle a trois frères qui vivent et qui sont en bonne santé.

Dans les antécédents personnels de la malade, nous relevons qu'elle eut la rougeole et la varicelle dans le jeune âge. Mariée à dix-neuf ans, elle eut dix enfants à terme, six prématurés et deux mort-nés.

Il y a dix ans, la patiente commença à ressentir des douleurs dans le côté droit, sous les fausses côtes, avec sensations d'une pésanteur au même endroit. Et depuis lors, graduellement, la malade a maigri, pâli, ses forces ont diminué; et les années passèrent avec des alternatives d'amélioration et de reprise des symptômes douloureux. Puis, il y a trois mois, débutèrent des douleurs dans le membre inférieur gauche, douleurs plus fortes la nuit que le jour. Et comme le traitement qu'elle suivait chez elle n'amenait aucune amélioration dans son état, elle vint à l'Hôtel-Dieu le 29 septembre 1923.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, nous voyons qu'elle est très pâle, amaigrie et faible. Elle tousse et crache. Nous constatons à l'examen des poumons de la matité, des râles crépitants et des craquements, au sommet du poumon gauche. Le foie est dur, ficelé, et son bord inférieur descend à quatre travers de doigts en bas des fausses côtes. En exerçant une légère pression à la région hépatique, nous développons une douleur assez vive. Le ventre ne contient pas de liquide, et les veines superficielles ne sont pas dilatées. La rate est de volume normal. A l'extrémité inférieur du fémur gauche il existe une masse inflammatoire péri-osseuse. La malade a une température qui oscille entre 98,3° et 101°; le pouls est de 90 à 100 pulsations.

L'examen urinaire indique la présence de traces d'urobiline. Les selles sont de coloration normale. La recherche du bacille de Koch dans les crachats est négative.

Le Docteur Rousseau chef de service, en présence de tous les symptômes que je viens d'énumérer porte le diagnostic de syphilis hépatique. Et voici les raisons qui le font se prononcer ainsi: d'abord l'évolution

longue de l'affection, puis les antécédents personnels de la malade; car elle a eu, comme je l'ai dit plus haut, six enfants prématurés et deux mort-nés; de plus, l'absence d'ictère et d'ascite, symptômes fréquents lors de cancer du foie, l'apparence ficelée de l'organe et enfin l'existence au membre inférieur gauche d'une tumeur ressemblant à une gomme.

Ce diagnostic est confirmé quelques jours plus tard, par une réaction positive d'un Bordet-Wasserman. Et avant même le résultat de cet examen, la malade est soumise à un traitement anti-syphilitique intense, par des injections quotidiennes d'un centigramme de cyanure de mercure.

La température, qui était alors de 101°, tombe à la normale, deux jours plus tard, et s'y maintient pendant tout le séjour de la malade à l'hôpital. Graduellement, nous voyons l'état de la patiente s'améliorer; elle reprend un peu d'embonpoint, et le foie diminue de grosseur et cesse d'être douloureux. Un mois après son arrivée, la malade s'en va, jouissant d'un état de santé assez satisfaisant.

Nous devons bien retenir de cette observation qu'en présence d'une cirrhose atrophique ou hypertrophique du foie, nous devons toujours songer à la possibilité de la syphilis et nous avons l'obligation de la rechercher.

Dr Roland Desmeules

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours l'Iode et Iodures sans Iodisme.

Vingt gouttes d'Iodalose agissent comme un gramme d'Iodure alcalin

Echantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

Dépôt général pour le Canada: Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.

REVUE ANALYTIQUE

L'INSULINE

Dans le "Journal des Praticiens", M. N. Fiessinger donne les indications actuelles de l'insuline. Car il faut bien le savoir, l'insuline n'est indiquée que dans certaines circonstances bien établies, et elle ne doit pas être reconnue comme le médicament de tous les diabétiques.

Tous les diabètes sans dénutrition azotée, sans amaigrissement, sans acidose, alors que grâce à un régime approprié, le malade peut vivre presque normalement et voir sa glycosurie très diminuée et même abolie, ne sont pas justifiables d'un traitement par l'insuline.

Quelles en sont donc les indications, suivant N. Fiessinger? D'abord le coma diabétique, puis le diabète avec dénutrition azotée, alors que le malade urine plus de sucre qu'il n'en ingère, présente de l'acidose et un amaigrissement qui va en s'accroissant.

L'insuline doit être aussi employée dans les complications du diabète gras, quand il faut abaisser la glycémie avant une opération chirurgicale, ou encore lors de pneumonie, de furonculose, d'anthrax, etc.; aussi dans certains diabètes gras qui de temps en temps sont marqués par des signes évidents de dénutrition azotée.

Mais il faut que le praticien sache bien que l'insuline n'est pas un médicament de pratique courante; car il faut, pour l'appliquer d'une manière opportune, maintenir d'abord le malade à un régime d'entretien connu, savoir sa tolérance aux hydrates de carbone, le taux de sa glycémie et aussi de sa glycosurie. Toutes ces choses ne peuvent être bien établies que dans un service hospitalier, et ce n'est qu'après un séjour de trois à quatre semaines dans un hôpital que le malade pourra être remis entre les mains de son médecin qui pourra continuer le traitement.

Il ressort de l'expérience de ceux qui ont manipulé d'insuline, que c'est un médicament dangereux, exposant souvent, si on ne connaît pas bien l'état diabétique du malade, à des accidents alarmants, parfois très graves et même mortels.

Donc, que les médecins connaissent bien les indications et les dangers de l'insuline; qu'ils sachent que c'est un médicament difficile à manier, qu'on ne peut employer que chez un diabétique bien étudié et bien classé.

R. D.

CORYZA SPASMODIQUE.

Dans le "Journal de Médecine" de Lyon, du 20 décembre 1923, F. J. Collet nous donne une analyse, que je veux résumer ici, d'un travail de Lermoyez, traitant des phénomènes de choc, dans le coryza spasmodique.

A la grande lumière des travaux de Vidal, Abrami et Brissaud, il est maintenant reconnu que la cause du coryza spasmodique ne réside pas, dans une affection locale, intra-nasale, mais qu'il faut la rechercher dans un choc colloïdoclasique. Et c'est ainsi qu'il faut considérer cette maladie comme une manifestation localisée d'un trouble intéressant l'organisme tout entier. Et comme nous avons la diathèse arthritique, nous avons maintenant la diathèse colloïdo-clasique, où le coryza spasmodique va rejoindre l'asthme et l'urticaire.

Mais que résulte-t-il, au point de vue thérapeutique, de ces connaissances? C'est que le coryza spasmodique, lorsque sa cause est inévitable, doit bénéficier maintenant du traitement anti-clasique. Et comme les glandes à sécrétion interne, ainsi que le système organo-végétatif, jouent un grand rôle dans la production du choc humoral, il est souvent très utile d'employer l'opothérapie dans le traitement du coryza spasmodique.

R. D.

LES ABUS DE L'HUILE CAMPHRÉE ET LES ACCIDENTS QU'ILS PEUVENT PROVOQUER.

Tous les médecins savent quel usage formidable on fait de l'huile camphrée. Mais il y a une chose qu'il faut bien savoir lorsqu'on emploie ce médicament, c'est la production fréquente d'accidents qui résultent de son usage.

Monsieur le Docteur Bonnamour, dans le "Journal de Médecine" de Lyon, du 20 août 1923, jette le cri d'alarme. Il faut bien reconnaître qu'il a raison; car, qui d'entre nous n'a pas de ces malades saturés d'huile camphrée durant des semaines. C'est ainsi qu'on en était arrivé, dernièrement à préconiser, dans un grand nombre d'affections, l'emploi de hautes doses prolongées de ce médicament.

Certains auteurs, comme Baudet de Toulouse, recommandent dans divers cas d'infections, d'employer 10 grammes de camphre par jour, c'est-à-dire 100 grammes d'huile camphrée à 1/10^e. Cheinisse rapporte le cas d'un enfant de 6 ans, qui reçut en injections, en l'espace de onze jours, 220 centimètres cubes d'huile camphrée.

Cette pratique n'est pas dépourvue d'inconvénients, et les accidents qu'elle peut provoquer sont de deux ordres: des accidents toxiques, et des accidents cutanés.

Le camphre est un médicament toxique, et beaucoup plus qu'on le croit généralement. Deux centigrammes de camphre par kilogramme d'animal suffisent à produire une intoxication des centres nerveux, se manifestant par des convulsions cloniques. Le coeur est affecté dans son rythme, par les hautes doses d'huile camphrée; son emploi doit être contre indiqué dans les arythmies extra-systoliques, car ce médicament provoque facilement des extra systoles. De plus, il faut savoir qu'on ne doit pas l'employer chez les individus qui sont dans un état de dénutrition avancée, ou encore chez les intoxiqués par l'oxyde de Carbone ou le gaz d'éclairage.

L'huile camphrée en injection, n'est pas inoffensive pour le tissu cellulaire sous-cutané. M. Crouzon, en 1914, attira l'attention du monde médical, sur les nodosités persistantes et douloureuses, résultant de ces injections. Et pendant la grande guerre, alors qu'on fit un grand usage d'huile camphrée, on se rendit compte qu'à la suite de son emploi, on pouvait avoir de véritables tumeurs à pronostic assez sérieux. Ces tumeurs se caractérisent par l'époque tardive de leur apparition, par les grandes douleurs qu'elles développent, et par leur tendance à la propagation, et parfois à la malignité.

Donc, il est essentiel de savoir, qu'il est dangereux et inutile, de dépasser chez les adultes la dose de 20 centimètres cubes d'huile camphrée, par 24 heures; et chez les enfants on doit se contenter d'un centimètre cube par 24 heures et par année d'âge.

R. D.

SIROP "ROCHE"

au THIOCOL



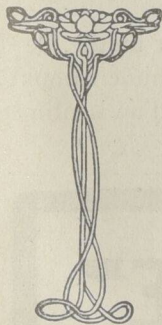
administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient

Echantillon à l'Université F. NORMANN, LA ROCHE & C^e
21 Place des Vosges, PARIS

UN ANTISYPHYLITIQUE REMARQUABLE

Le MERCUROSAL, ce nouveau composé chimique synthétique, est incontestablement la plus importante contribution apportée aux agents antisypilitiques.

C'est la réponse de nos chimistes à la demande d'un composé mercuriel possédant les qualités des sels solubles jointes aux propriétés thérapeutiques de certains sels insolubles I.E. le salicylate.



A peine le Mercurosal avait-il fait son apparition que des voix autorisées sont venus lui donner leur entière approbation.

Ces auteurs ont basé leur opinion sur des centaines de cas de syphilis où le Mercurosal aurait été le principal agent du traitement.

L'expérience prouve que le Mercurosal n'a qu'une faible toxicité: 1-7 de celle du bichlorure.

De plus la clinique a démontré que le Mercurosal possède un pouvoir bactéricide puissant et que son administration par voie intramusculaire ou intraveineuse est inoffensive.

Parke, Davis & Company

WALKERVILLE, ONTARIO

Mentionnez le "Bulletin Médical" en écrivant aux annonceurs.

NOUVEAU PROCEDE D'ANESTHESIE DU NERF DENTAIRE INFERIEUR.

EMPLOI DE LA VOIE EXTERNE SOUS ANGULO-MAXILLAIRE

L'anesthésie tronculaire prend aujourd'hui beaucoup d'importance surtout pour les interventions chirurgicales de la face et des cavités accessoires.

En décrivant ce nouveau procédé pour l'anesthésie du nerf dentaire inférieur, l'auteur n'a pas la prétention de diminuer la valeur de ceux déjà employés, en particulier du procédé classique, qui consiste à atteindre le nerf à l'entrée du canal dentaire, au niveau de l'épine de Spix, par la voie interne.

Pour bien comprendre la description du procédé de l'auteur, il est indispensable de rappeler quelques notions d'anatomie du nerf dentaire inférieur et de la branche montante du maxillaire.

La branche montante, de forme rectangulaire, présente deux faces dont l'interne seule nous intéresse, quatre bords et autant d'angles.

L'angle postéro-inférieur, qu'on appelle communément l'angle de la mâchoire, présente à sa partie tout inférieure un tubercule, plus ou moins saillant, chez des différentes personnes, que l'on désigne sous le nom de tubercule sous angulo-maxillaire. Immédiatement devant lui se trouve une échancrure large de 1 centimètre environ, dite échancrure sous angulo-maxillaire.

Le tubercule et l'échancrure sous angulo-maxillaires existent toujours; et même lorsqu'ils sont très peu importants, ils sont toujours faciles à reconnaître par la palpation à travers la peau qui seule les recouvre. C'est là, au niveau de cette échancrure, immédiatement en avant du tubercule, qu'il faut piquer l'aiguille pour aller à la recherche du trou supérieur du canal dentaire (épine de Spix).

La face interne de la branche montante présente un orifice (orifice supérieur du canal dentaire) dont les bords extérieur et interne forment une épine que l'on désigne sous le nom d'épine de Spix. C'est dans ce trou que pénètre le nerf dentaire qui va donner la sensibilité à toute la moitié de l'arc mandibulaire.

L'orifice supérieur du canal dentaire inférieur se trouve pratiquement sur le milieu d'une ligne allant de l'échancrure sous angulo-maxillaire au fond de l'échancrure sigmoïde, ligne qui est toujours parallèle à la direction générale du bord postérieur, facilement palpable, de la branche montante.

Ces notions expliquent que si l'on enfonce une aiguille dans l'échancrure sous angulo-maxillaire et qu'on la dirige parallèlement au bord postérieur de la branche montante, en rasant toujours la face interne de celle-ci, la pointe rencontrera infailliblement l'orifice supérieur du canal dentaire. Cette rencontre sera signalée par une douleur "en éclair", accusée par le patient.

Il sera facile de calculer d'avance à quelle distance il faudra enfoncer l'aiguille, pour rencontrer le nerf, étant donné que l'orifice supérieur du canal dentaire se trouve sur le milieu d'une ligne qui réunit l'échancrure sous angulo-maxillaire à l'échancrure sigmoïde.

En résumé voici la conduite à tenir: faire pencher la tête du malade sur l'épaule opposée au côté où l'on va agir. Antiseptiser la région par badigeonnage à la teinture d'iode. Repérer l'échancrure sous angulo-maxillaire et enfonce l'aiguille, puis après avoir contourné le bord de l'os, la faire glisser en rasant la face interne de la branche montante, en suivant toujours la direction parallèle à celle du bord postérieur de l'os.

La douleur fulgurante, ou la mensuration préalable, indiquera où il faut s'arrêter.

Si rien ne s'écoule par l'aiguille, on y adopte une seringue garnie de solution de novocaïne à 1 pour 200 adrénalinée, et on en injecte quelques centimètres cubes. Attendre cinq à dix minutes pour que le nerf en soit bien imbibé.

On a ainsi une anesthésie parfaite de toute la région innervée par le nerf dentaire inférieur.

C'est un procédé extrêmement simple et qui peut être employé dans tous les cas.

(Par le *Dr Spalaïkovitch*.—"Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie", 31 janvier 1924.)

H. P.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

Traitement LANTOL
— PAR LE —

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

Rhodium B. Colloïdal
électrique

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

AMPOULES DE 3 C.M.

MEDECINE PRATIQUE

CONSEILS A PROPOS DE DYSPEPSIE.

Se défier des *médicaments*: On a reconnu que si quelques médicaments sont utiles temporairement et à titre d'ajuvants, la plupart d'entre eux, surtout quand ils sont administrés d'une façon prolongée, exercent sur la muqueuse gastrique une action irritante.

Beaucoup de gastropathies rebelles, avec crises gastriques, sont des gastropathies aggravées, modifiées dans un sens défavorable par l'abus des médicaments. Le régime et les moyens physiques: massage, électrothérapie, hydrothérapie, ont toujours fait partie intégrante du traitement des dyspepsies.

"L'empoisonnement lent par les médicaments est le plus grand danger que puisse courir un malade chroniquement atteint." (Hayem). Ce sont les médicaments qui impriment le plus souvent aux dyspepsies la forme douloureuse, voire même à l'ulcère et au cancer (G. Lyon). Chez les tabétiques il suffit parfois de supprimer les médicaments pour que les crises gastriques s'espacent et même disparaissent. Ce sont encore les médicaments qui transforment une gastropathie simple en gastro-névrose organothérapique (Hayem), en exerçant une influence toxique sur le système nerveux central.

Il est une dyspepsie médicamenteuse fréquente, c'est celle des sujets constipés qui ont contracté l'habitude d'absorber chaque jour un laxatif irritant pour l'estomac comme l'aloès, la rhubarbe, le cascara sagrada, etc. D'après Hayem, il faut se défier de l'usage prolongé des alcalins, cela mène à l'hypopepsie, de même que le traitement anti-blennorrhagique détermine rapidement l'hypopepsie.

* * *

Dans le traitement des gastrites chroniques, il faut aussi se défier des régimes trop exclusifs. En effet les régimes exclusifs sont souvent nuisibles, l'alimentation mixte étant une loi naturelle qui ne peut être enfreinte sans que l'estomac en souffre; le régime végétarien est mauvais à certains points de vue, car il est insuffisamment réparateur; de plus, il cause la dyspepsie parce qu'il exige l'absorption d'un volume excessif d'aliments. L'abus de la viande est surtout nuisible; au point de vue générale, il favorise la production de l'uricémie, de l'artério-sclérose;

localement, il détermine une excitation intense de l'estomac, cause d'hyperchlorhydrie. Chez les malades le régime lacté peut entraîner aussi des désordres graves, quand il est prolongé outre mesure et qu'il est pris en excès; localement l'ingestion abondante de lait est une cause de dilatation de l'estomac. Et au point de vue général, à raison de sa très faible teneur en fer, le lait produit à la longue de l'anémie.

* * *

Est-il nécessaire de dire qu'il faut se défier des boissons alcooliques chez les dyspeptiques? Et pourtant que de personnes qui cherchent dans les boissons fermentées ou distillées un remède à leurs maux. Erreur. Pour un médecin, ce serait plus qu'une erreur, ce serait une faute. Ils sont rares, aujourd'hui, les médecins qui croient en la vertu curative des alcools, quels qu'ils soient. Mais ils ne sont pas rares ceux qui croient en leur nocivité au cours des maladies, et surtout des maladies de l'estomac. Et d'une manière générale, on peut répéter, sans crainte de contredit, le mot du Dr Thiboulet: "Je vois bien la dose d'alcool qui fait du mal mais, en tant que médecin, je cherche à connaître la dose qui fait du bien."

* * *

Il faut aussi craindre, au cours des dyspepsies, l'abus du pain, celui des pâtisseries et des aliments sucrés. Et à propos d'aliments sucrés, que d'enfants font des abus de chocolat. Dans ma pratique de médecine infantile, j'ai eu l'occasion de le constater plus d'une fois. Il est important aussi de savoir que, suivant un rapport publié, il y a quelques années, par l'analyste du gouvernement fédéral, les chocolats du commerce contenaient de la paraffine dans la proportion de 15 à 16%. On ajoute de la paraffine à ces sortes de bonbons dans le but de leur donner un peu de corps, un peu de consistance, chose qui manque au chocolat.

* * *

Chez les enfants, dans les cas de troubles gastro-intestinaux, rebelles au traitement ordinaire, il faut penser aux affections nasales, buccales et pharyngées. Les troubles gastriques s'observent dans l'adénoïdite, la rhinite chronique, les sinusites, la pyorrhée alvéolaire. Lorsque chez un adénoïdien on constate une trainée de mucco-pus sur la paroi postérieure du pharynx, trainée rapidement déglutie, on a la clef des vomissements opiniâtres, de l'anorexie, des poussées de colite si fréquentes chez les porteurs de végétations.

* * *

Il faut se rappeler qu'un facteur puissant d'arthritisme et d'artériosclérose est la *suralimentation* et surtout l'abus de l'alimentation carnée; particulièrement chez les personnes à occupations sédentaires, adonnées aux

travaux intellectuels. C'est une des causes de la dyspepsie et des troubles de la nutrition. "Si l'on considère son estomac, ses dents et son intestin", a écrit Flourens, "l'homme est frugivore par sa nature et son origine."

Les conséquences immédiates de l'alimentation azotée *surabondante* sont la céphalée habituelle, l'inaptitude au travail, la congestion facile du visage, une sensation de courbature surtout marquée le matin au réveil, un sommeil lourd et non réparateur, etc.

Est-ce à dire qu'il faille interdire la viande chez les dyspeptiques ? Non. La viande est généralement bien digérée par les dyspeptiques, il est vrai que l'intestin intervient pour une large part dans sa digestion. Elle est même nécessaire. Elle est d'autant mieux supportée qu'elle a été plus finement divisée et réduite en pulpe. Elle doit subir une cuisson prolongée.

La viande blanche est moins excitante que la viande rouge et généralement bien tolérée, parce que pauvre en graisse ; mais le veau, le ris de veau, la cervelle, riche en nucléines, ne conviennent pas aux gouteux, aux uricémiques en général.

L'un des principaux moyens préventifs de la dyspepsie consiste dans un régime où la proportion des aliments d'origine animale et de ceux d'origine végétale est adoptée non seulement à l'âge mais au tempérament, à la profession, au genre de vie du sujet.

* * *

En examinant un dyspeptique, non seulement on ne doit pas négliger de s'enquérir de ses antécédents familiaux et personnels, mais aussi de son genre de vie et d'alimentation, et de la nature de ses occupations. Ce dyspeptique est-il un gros mangeur, mange-t-il vite, est-il un gros fumeur, grand buveur de thé, de café, ou de boissons alcooliques, autant de questions qu'il importe d'éclaircir.

* * *

L'observation du régime lacté intégral entraîne toujours chez l'adulte un certain degré d'affaiblissement, bien que l'on considère aujourd'hui la dose moyenne de trois litres, qui constitue le régime lacté intégral, comme plus que suffisante, au moins théoriquement, pour maintenir l'équilibre nutritif. La prolongation du régime lacté absolu, pendant plusieurs semaines, n'est possible que pour les malades qui conservent le repos au lit.

* * *

Les oeufs constituent comme le lait un aliment complet, puisqu'ils renferment des matières azotées, des substances grasses et des sels. Le jaune constitue la partie la plus riche en matériaux nutritifs. La valeur

nutritive des oeufs est très grande, mais leur digestibilité est très variable suivant leur degré de cuisson : l'oeuf est d'autant mieux et plus rapidement digéré qu'il est moins cuit.

Le jaune seul, sous forme de "lait de poule", est mieux toléré que l'oeuf entier. On sait que le "lait de poule" se prépare en émulsionnant dans de l'eau chaude un jaune d'oeuf ; on sucre et on aromatise généralement avec de l'eau de fleur d'oranger.

Le jaune, est encore facilement digéré sous forme de "crème américaine". On prépare cette crème en battant deux jaunes d'oeuf, en ajoutant de sucre en poudre et en aromatisant le mélange avec quelques gouttes de rhum.

On fera prendre les oeufs habituellement sous forme d'oeufs à la coque, ou d'oeufs pochés, délayés dans un bouillon dégraissé, des potages au lait. Les oeufs brouillés sont moins bien digérés (on doit les préparer sans beurre fondu) ; quant aux oeufs durs, ils doivent être interdits, ainsi que les oeufs frits, les oeufs en omelette. L'omelette baveuse à peine cuite, est permise.

Les oeufs constituent un aliment précieux, non seulement chez les dyspeptiques, mais encore chez les brightiques, les artério-scléreux, parce qu'ils permettent d'introduire dans l'alimentation de ces malades des matériaux azotés avec le minimum de toxines. Riches en lécithine, les oeufs sont à recommander aux neurasthéniques ; riches en fer, ils sont particulièrement indiqués dans les états anémiques.

* * *

Les poissons contiennent suivant la variété, de 10 à 15 pour 100 de substances albuminoïdes ; à poids égal, ils sont donc moins nourrissants que la viande de boucherie.

Les poissons maigres sont généralement bien digérés, et par conséquent bien supportés par les dyspeptiques. On leur recommandera donc de manger : la sole, le merlan, la truite, le brochet, la morue, la perche, le turbot, la barbu, le poisson blanc. Les poissons gras, tels que saumon, maquereau, anguille, hareng, alose, thon, sardine, carpe seront proscrits du régime des dyspeptiques, de même que les poissons conservés dans l'huile.

(à suivre)

A. J.

TRAITEMENT DE LA RIGIDITE DU COL DE L'UTERUS, DU CONDUIT VULVO-VAGINAL ET DU PERINEE.

Dans la "Semaine Médicale", le Dr Coromilas recommande le procédé suivant :

La malade étant placée en position obstétricale ou dans le décubitus latéral gauche, le siège relevé, le médecin, après s'être enduit la main d'une pommade composée de 50 grammes de vaseline pour 3 grammes de cocaïne et 5 grammes d'antipyrine, introduit quatre doigts dans la partie postérieure du vagin, par des mouvements réguliers et demi-circulaires de droite à gauche. On obtient ainsi très rapidement une légère dilatation ; on glisse ensuite trois doigts de la main restée inactive, et on répète la même manœuvre ; quand le vagin est dilaté au maximum, on enfonce les doigts jusqu'à ce que l'index, le médius et l'annulaire touchent le col de l'utérus et les culs-de-sac, puis on recommence les mêmes mouvements demi-circulaires tout en repoussant en arrière le périnée dilaté avec la paume de la main.

En s'appuyant sur les résultats de son expérience personnelle, le Dr Coromilas considère que la dilatation telle que décrite permet d'éviter dans les cas de rigidité du col, des déchirures de ce dernier ainsi que du périnée.

* * *

Dans le "Medical Record", de je ne sais plus quelle année, le Dr John T. Mund recommande le tartre émétique chez les parturientes dont la rigidité du col de l'utérus ou du périnée entrave et retarde le travail de l'accouchement.

Fort de son expérience de plus de trente années, ce médecin recommande l'emploi de ce médicament, et affirme qu'il remplace avantageusement le forceps, les dilatateurs mécaniques et même les anesthésiques.

Pour réussir, dit-il, il faut que l'estomac, la vessie et le rectum soit vides autant que possible.

Voici le mode d'emploi de ce moyen. On fait dissoudre 10 grains de tartre émétique dans la moitié d'un grand verre d'eau. Et on en fait prendre à la parturiente une cuillerée à thé à toutes les 10 ou 15 minutes, et cela jusqu'aux vomissements. Alors, d'après le Dr Mund, le relâchement se produit, soit du col, soit du périnée, l'effort expulsif s'intensifie et le travail marche comme une bénédiction.

A. J.

LES MÉDICAMENTS QU'IL NE FAUT PAS DONNER AUX NOURRICES

L'idée qu'il fallait s'abstenir de toute intervention thérapeutique chez les femmes en état de lactation a été, pendant longtemps, acceptée et transmise de générations en générations, comme un article de foi. Aujourd'hui, cette opinion, reconnue fausse, ou du moins en partie exagérée, n'a plus cours dans son entière acception.

Avec M. Boissard, qui a récemment repris cette question, on peut dire que, chez les nourrices, il faut proscrire les médicaments qui troublent la fonction galactogène en modifiant la quantité ou la qualité du lait sécrété, et les médicaments qui peuvent faire reparaitre la fonction menstruelle supprimée.

Pour ce qui est de ce dernier point, on s'abstiendra donc de l'usage de tous les drastiques, de l'aloès, de différents emménagogues qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien. Chez les nourrices réglées, on devra s'abstenir de toute médication active, pouvant amener une perturbation dans la fonction menstruelle qui, en général, permet de continuer l'allaitement. Si les règles étaient trop fréquentes ou trop abondantes, mieux vaudrait recourir au repos au lit, aux préparations de chanvre indien ou d'hydrastis (extrait fluide, 50 gouttes en trois fois dans les 24 heures), ou aux injections vaginales chaudes, qu'aux différentes préparations contenant du seigle ergoté ou de la digitale.

Les préparations qui favorisent la diurèse ou la diaphorèse, au détriment de la sécrétion lactée, seront évitées. A ce titre, la digitale et la pilocarpine seront prosrites; il en sera de même des asperges qui sont diurétiques, et dont le principe odorant et volatil passe dans le lait.

Il est de notion vulgaire qu'il faut s'abstenir de l'emploi des purgatifs salins chez les nourrices. En cas de constipation on donnera, en dehors d'un régime diététique approprié, de l'huile de ricin, à la dose de 15 à 20 grammes, ou du cascara sagrada, par cachets de 40 à 50 centigrammes. Par contre, on s'abstiendra des préparations de podophyle, qui déterminent souvent des coliques intestinales intenses, ou de rhubarbe, dont on retrouve le principe actif dans le lait, qui présente alors une amertume spéciale, donnant des coliques et de la diarrhée à l'enfant.

L'usage ou l'habitude des boissons alcooliques sera absolument défendu. Il ne faut donc pas gorger les nourrices de vin de quinquina ou autres fortifiants contenant de l'alcool. L'alcool passe dans le lait, les essences des boissons spiritueuses passent dans le lait et provoquent chez le nourrisson de l'agitation et de l'insomnie.

La sulfate de quinine passe en quantité si minime dans le lait, qu'en cas d'indication formelle (impaludisme, fièvre asthénique), on peut le donner à la nourrice sans danger pour l'enfant. Mais il n'en est pas de même de différentes préparations arsénicales et opiacées, qui passent également dans le lait, et auxquelles le nourrisson est extrêmement sensible.

Le camphre (d'après les recherches de Hergott) et l'antipyrine semblent agir directement sur la fonction galactogène qu'ils suppriment. Leur emploi doit donc être proscrit chez les nourrices.

A. J.

HEMORRAGIE OMBILICALE CHEZ LE NOUVEAU-NE

Nous extrayons d'un travail de M. Dauchez, paru dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, les conclusions suivantes.

L'omphalorrhagie se produit avant ou après la chute du cordon,

Elle peut être la conséquence :

- 1° D'une ligature insuffisante du cordon ;
- 2° D'un obstacle à la circulation pulmonaire (atélectasie pulmonaire, maillot trop serré, faiblesse congénitale) ;
- 3° D'une lésion du foie ou du coeur (malformation du coeur gauche, foie syphilitique) ;
- 4° D'une cause générale (septicémie avec ictère, hémophilie, abus des alcalins pendant la grossesse. Dans ce cas l'omphalorrhagie s'accompagne d'hémorragies intestinales, ou vésicales, ou rénales, ou vulvaires, parfois de pétéchies, souvent de fièvre.

Dans le premier cas, on se hâtera de jeter une nouvelle ligature pratiquée au fil ciré. Le maillot sera desserré dans le second cas. Une révulsion puissante (flagellation froide, balnéation froide de quelques secondes, frictions vinaigrées, cataplasmes sinapisés sur le dos, suivis d'enveloppements ouatés) déterminera le reflexe respiratoire.

Le pronostic est très souvent fatal dans les troisième et quatrième cas. Néanmoins, on agira localement :

1° En comprimant localement à l'aide du pouce et d'un tampon exprimé de coton hydrophile imbibé de liqueur de Van Swieten, pendant une demi-heure.

2° Le reste de la journée, la compression sera pratiquée à l'aide de coton hydrophile, imbibé de la solution suivante :

Antipyrine 1 à 2 grammes.
 Eau distillée Q grammes.

3° Les jours suivants, on enduira des rondelles d'ouate, entre lesquelles seront interposées des rondelles d'amadou, ou une pièce de monnaie (le tout fixé par une bande élastique ou une large bande de diachylon), de la pommade suivante :

Extrait de sureau 1 gramme.
 Alun calciné 50 centigr.
 Onguent populeum 16 grammes.

4° Enfin, on fera sécher la plaie avec la poudre suivante :

Iodoforme déodorisé 1 gramme.
 Quinquina pulvérisé }
 Benjoin pulvérisé } à 5 grammes
 Carbonate de magnésie }
 Essence d'eucalyptus Q. S.

5° S'il y a urgence et danger pour la vie, on liera la région ombilicale, soit avec une pince hémostatique, soit avec deux épingles d'argent se traversant en croix par transfixion à la base de l'ombilic et rapprochées par un fil passant sous elles.

La cautérisation ignée improvisée suffira parfois, suivie de compresses froides et d'injections d'éther ou d'ergotine.

RAPPEL A LA VIE DES NOUVEAU-NES EN MORT APPARENTE

Brown recommande dans ce but d'injecter sous la peau de l'enfant né en mort apparente le mélange de :

Whisky V gouttes.
 Teinture de belladone I goutte.

Ce liquide sera injecté aux deux bras. Les enfants ouvriraient les yeux immédiatement après l'injection et se mettraient à crier.

En cas d'insuccès de ce procédé, l'auteur injecte sous la peau 4—8 grammes d'eau chaude et introduit en outre dans l'estomac 4—8 grammes d'eau chaude additionnée de 1 goutte d'alcool aromatisé.

MELAENA DES NOUVEAU-NES D'ORIGINE NASALE.

Quand on est appelé auprès d'un nouveau-né qui a du melæna, c'est-à-dire qui perd du sang par l'anus et vomit du sang plus ou moins digéré, on examine soigneusement le ventre, on le palpe et on le percute, puis la chose étant jugée, on ordonne une potion astringente au perchlorure de fer, ou au tannin, avec ou sans sirop de ratanhia; on fait mettre de la glace sur le ventre; on donne un peu d'alcool si l'enfant est déjà tout à fait bas; on formule devant la famille un pronostic grave et très grave et...on laisse aller les choses. Si l'enfant guérit, on se demande si la médication n'y était pas pour quelque chose; si l'enfant meurt, comme c'est le plus souvent le cas, cela ne surprend ni le médecin qui s'y attendait, ni la famille qui a été prévenue.

M. Swoboda et M. Hochsinger attirent d'une façon particulière l'attention du praticien sur la melæna qui tient tout simplement à une hémorragie nasale. Si l'on n'a pas la précaution d'examiner de parti pris la gorge et le nez de l'enfant, le sang qui ne sort pas par les narines et qui coule directement dans le pharynx, et de là dans l'estomac et l'intestin, passe inaperçu, et au lieu de tamponner les fosses nasales, le médecin prescrit la potion astringente qui, naturellement, n'empêche pas l'enfant de mourir, si par hasard l'hémorragie ne s'arrête pas spontanément.

UN MOYEN DE TRAITEMENT DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ LE NOUVEAU-NE.

Un médecin russe, M. le docteur N. S. Lobas, se sert avec succès, dans les cas de hernie ombilicale des nouveau-nés, d'un procédé permettant d'éviter l'emploi des bandages compliqués qui présentent souvent l'inconvénient de glisser avec la plus grande facilité.

Ce procédé fort simple consiste à recouvrir l'orifice herniaire de deux replis cutanés formés à proximité de l'anneau ombilical et maintenus au contact l'un de l'autre au moyen de bandelettes de diachylon larges de 1 centim. $\frac{1}{2}$ à 2 centimètres et assez longues pour atteindre les faces latérales de l'abdomen. On peut renforcer ce bandage par l'application de deux ou trois bandelettes verticales de sparadrap. Il est bon d'interposer entre les replis cutanés une fine couche de coton hydrophile dans le but de prévenir l'apparition de l'intertrigo. Dans les cas où les téguments abdominaux sont très flasques, on place sur l'anneau ombilical, avant d'affronter les replis cutanés, une pelote de coton aseptique qui doit être plutôt de consistance molle que trop tassée. Le bandage est renouvelé une ou deux fois par semaine. Il n'empêche nullement de baigner l'enfant.

DE CERTAINS PHENOMENES TETANOIDES D'ORIGINE INFECTIEUSE CHEZ LE NOUVEAU-NE.

A part le tétanos classique consécutif à une infection ombilicale, on observerait parfois chez les nouveau-nés, d'après M. le docteur T. Guida (de Naples), certains phénomènes tétanoïdes dus également à une infection de la plaie de l'ombilic et qui sont assez peu accusés pour passer facilement inaperçus, au moins au début, si l'on ignore l'existence de cette forme morbide particulière.

Il faut surtout les rechercher avec soin pendant les trois ou quatre premiers jours après la naissance chez les enfants qui, à certains moments, ne prennent pas le sein ou bien, l'ayant pris, n'exercent pas de mouvements de succion et restent complètement immobiles.

En examinant longuement et à plusieurs reprises l'enfant qui présente ces symptômes on s'apercevra parfois qu'il devient subitement cyanosé, puis rouge, et enfin très pâle; la respiration s'arrête ou est très superficielle; le poulx est filiforme; les membres sont froids; un peu d'écume apparaît à la bouche; les mâchoires sont contractées; tout le corps est rigide; on note quelques secousses musculaires, mais pas de convulsions proprement dites. Cet état, qui n'est pas sans analogie avec l'éclampsie, dure pendant cinq à quinze minutes, puis se dissipe et tout rentre momentanément dans l'ordre. Plusieurs accès de ce genre peuvent survenir dans le courant de la journée.

Dans les trois cas où notre confrère a observé les phénomènes tétanoïdes qu'il décrit, il a obtenu une guérison rapide grâce à la désinfection minutieuse de la plaie ombilicale et à des bains aromatiques à 35° destinés à faire cesser la rigidité musculaire et à favoriser l'élimination des produits toxiques.

Chez un des petits malades de M. Guida, les accès tétanoïdes laissaient après eux un état d'affaiblissement profond qui fut combattu avec succès par l'administration de quelques gouttes de cognac dans une cuillerée à café de lait exprimé du sein de la mère.

DIVERS

LES LIVRES

PROCÈS VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES
GOUVERNEURS C. M. C. P. Q., LE 26 SEP-
TEMBRE 1923.

Nous avions promis, lors de notre dernière chronique, de revenir sur le sujet ; nous le savons d'avance épineux et n'ignorons pas que quiconque se hasarde sur ce terrain est cloué au pilori. Nonobstant les colères des descendants d'Esculape qui nous gouvernent, il est utile d'en dire un mot.

Pour aujourd'hui bornons-nous à quelques idées développées par le président, M. le docteur Boulet, dans son discours, lequel a été écouté et accepté sans protestation aucune.

Nous sommes d'opinion que la "discouromanie" (manie de faire un discours—pas dans Larousse), devrait être abolie. D'abord on gagnerait du temps et ensuite on éviterait de dire.....

M. le président attaque donc les médecins sans brevêt. Ce sont eux les "pelés"—"les galeux" qui sont cause de l'abaissement scientifique et moral de la profession médicale. Notre président avance gratuitement des choses qu'il aurait peine et misère à prouver. Moins il y aura de médecins admis sans brevêt et plus il y en aura à titre de bachelier, plus le niveau scientifique et moral de la profession sera élevé. Voilà ce qu'affirme notre président. Le nombre des étudiants sans brevêt diminue considérablement, dit-il, cependant il semblerait que près du tiers des inscrits 1922-23—soit 165—ont le droit de vivre et de passer la tête aussi haute que les 378 bacheliers, sans être accusés par le président des deux groupes, d'éteignoirs.

Est-ce que "notre président" peut garantir, que si les brevêts disparaissaient, qu'il faudrait, comme conséquence logique, abolir le conseil de discipline, qui n'aurait plus sa raison d'être ?

Le contraire semble lui donner raison.

Il suggère, plus loin, aux examinateurs au brevêt, d'être plus sévères et de fermer la porte de plus en plus et de ne pas accepter des candidats dont la culture sera au-dessous de la moyenne de celle des bacheliers.

Vous n'ignorez pas, monsieur le président, qu'une culture au-dessous de la moyenne de certains bacheliers que vous connaissez, équivaut à bien peu,—sans blesser personne.

Il est probable que monsieur le président du collège est un "bachelier" ; ce qu'il y a de certain, celui qui vous parle est un "breveté". Loin de nous l'idée de vouloir établir une comparaison entre deux médecins sérieux dont l'un est bachelier et l'autre breveté.

Il faut tenir compte qu'il y a dans la vie une foule de circonstances qui entravent le bon vouloir d'un chacun et que nous n'héritons pas tous d'un Pierpont Morgan.

Notre opinion personnelle est qu'on a grandement tard de conseiller aux examinateurs d'être plus sévères et de fermer la porte de plus en plus aux candidats au brevet. Le programme des examens est excessivement chargé, et les questions posées bien souvent feraient mordre la poussière à plusieurs bacheliers.

Nous abrègerons nos remarques, faites avec toute la bonne volonté possible, car il y aurait un long chapitre à écrire au sujet des examens pour le brevet.

N'est-ce pas que nous avons un peu raison de demander l'abolition des discours? Et si vous en voulez une dernière—celle-ci est infaillible—c'est qu'il est très très rare qu'une personne qui fait un discours ne fait pas le contraire de ce qu'elle a dit, dans les 24 heures.

Relisez le procès-verbal et donnez m'en des nouvelles.

* * *

Coups de Scalpel, par Jean-B. Gagnon, M.D.—Un beau volume de poésies de 295 pages. Le livre est à lire. Beaucoup de belles pensées—bien dites mais on ne sent pas la pointe du scalpel. L'éloge du livre a été fait dans nos grandes revues et le confrère qui est à préparer des "*Coups d'Épingles*", mérite d'être encouragé. C'est un piocheur qui aime les muses. Félicitons-le.

* * *

La Cure au lait, par Charles Sanford Porter, M. D., traduction de la 10e éd., par l'Abbé Anselme Bois, vicaire, Asbestos. Vol. de 195 pages, toile, \$2.50 en librairie.

L'intention du traducteur est excellente, il n'y a pas à sortir de là. Il a pensé que le domaine de l'éducation de notre population, en matière d'hygiène, est ouvert à toutes les bonnes volontés. Il a parfaitement raison, et sous ce rapport il ne mérite que des félicitations. Sans le travail d'une traduction et les déboursés d'une publication de ce genre, il semblerait que l'éducation peut se faire en utilisant les milliers de livrets publiés par le "Service provincial d'Hygiène" et par le "Département de Santé fédéral".

Il faut avouer qu'il y a beaucoup de bon dans le livre, mais c'est du "vieux-bon", c'est la répétition de tout ce qui se dit du soleil, de la lumière, de l'air pur, de l'exercice, du repos et du bain.

On trouve toutes ces choses écrites depuis mille ans.

Là où Porter veut faire de l'originalité, c'est dans sa manière de faire prendre le lait. Sa cure au lait est précédé de quelques jours de jeûne et de repos au lit; et selon que vous avez 4, 5 ou 6 pieds de hauteur,

vous prenez, à intervalles, 4, 5 ou 6 pintes de lait par jour, accompagné de bains chauds. Il faut prendre la quantité prescrite.

Son traitement dure en moyenne quatre semaines—rarement moins, souvent plus.

Voilà les grandes lignes de la cure au lait.

Pour nous, "Porter" frise le charlatan, mais un fin qui pose au savant d'autant plus facilement qu'il est médecin.

Beaucoup d'explications qu'il donne le long de son livre ne tiennent pas debout.

D'ailleurs Porter ment sciemment au sujet de ses nombreuses années de pratique.

Après 37 années d'expérience (1921), page 8. Or Porter n'avait pas 37 années d'expérience comme médecin en 1921), attendu qu'il a été gradué en 1893.

En parlant d'un malade qu'il a traité à New-York il y a 30 ans—page 112—dans ce temps il avait près d'un an de pratique. Son livre est le résultat de ses 39 années d'expérience durant ces 37 dernières années, page 134.

Il se peut fort bien que Porter ait commencé ce genre de traitement depuis 39 ans, alors il se trouve à avoir commencé 13 ans avant d'être médecin et 16 ans avant d'avoir sa licence pour la Californie.

Ce qui surpasse davantage sa longue expérience (comme celle de Sirois de Ste-Anne-de-la-Pocatière) c'est sa manière si peu scientifique d'agir. Pour lui pas besoin d'examiner le malade, pas d'examen d'urine, ni de sang—tout cela c'est bon pour les jeunes et pour soulager la bourse des clients, pages 35-36.

Le livre ne renferme que des "*je crois*"—"je pense,—elle m'affirma, — si je ne me trompe, — M. X. connaissait un M. Z qui était comme lui, — j'ai lieu de croire, — j'ai appris dans la suite, — j'ai entendu parler, etc.

Le comble est dans l'énumération de toutes les maladies que la cure au lait guérit :

Page 62, depuis la prostation nerveuse jusqu'à la consommation, en passant par les boutons, pâleur, rides, (tu parles d'une maladie "les rides") sans oublier l'hypertrophie de la prostate et les calculs biliaires qui disparaissent.

Nous sommes extrêmement peiné d'être désagréable, mais nous avons conscience de dire ce que nous croyons être vrai.

Que l'on encourage nos gens à boire plus de lait qu'on le fait, à prendre des bains plus souvent, à utiliser plus la lumière solaire) à vivre au grand air, etc., d'accord nous applaudirons des deux mains. Pour cela

pas besoin d'aller chercher la littérature en Californie. Le Service provincial en a des chars pleins qu'il distribue gratuitement.

Soyons réservés avec ce qui vient de l'étranger, aux Etats-Unis les "spécialistes" sont aussi communs que les "lords" en Angleterre.

Nous aurions peut-être dû commencer ces remarques par dire que d'après les renseignements que nous avons puisés à bonne source, Porter a dirigé un soi-disant Sanatorium à Burnett, Cal. et qu'il avait pour "interne" au médecin résident un nommé E.-S. Merrill qui était un "ostéopathe". Porter est gradué du New York Medical College en 1893 et licencié en Californie en 1896. Il n'est donc pas médecin depuis 37 ans et n'a pas 39 ans d'expérience. Pour un "éminent spécialiste" il a une drôle de manière de laisser annoncer son livre et de solliciter des consultations par lettre, moyennant finance c'est entendu—et c'est beaucoup plus simple que d'examiner un client.

Pour un certain groupe, nous allongerons la liste des médecins qui ne croient en rien parce que nous ne savons pas et d'ailleurs, un médecin à la campagne... pouah....

Terminons ces notes déjà longues par les annonces du livre parues dans un quotidien.

"LA CURE AU LAIT"

Combien payez-vous pour consulter un spécialiste? Pour une somme moindre, "La Cure au lait" vous livre toute l'expérience d'un savant de renommée mondiale. Il vous y prescrit un traitement qui ne coûte pratiquement rien et dont l'efficacité est merveilleuse. De nombreuses personnes l'ont déjà suivi cet hiver avec des résultats magnifiques.

Le même volume vous indique où l'on peut faire la cure ici, au pays, à très bon marché. Il vous enseigne comment vous pouvez, pour un prix modique, consulter le docteur Porter lui-même sur votre propre cas.

Il se vend \$2.50 franco. Chez Garneau et chez le traducteur, l'abbé Anselme Bois, Asbestos, P. Q.

N.B.—Le privilège de retourner le livre après examen sera retiré le 1er février. Remise considérable au commerce.

(Ac. Catholique, 23 janvier, 1924).

LA CURE AU LAIT

a ramené des invalides, guéri des tuberculeux, fait éviter des opérations, prévenu des maladies graves, fait ménager sur les sirops et les pilules, aidé des gens qui n'avaient pas le moyen de suivre des traitements longs et coûteux ou d'aller sous des climats lointains. Prix: \$2.50 franco. Faites

venir ce livre. Après examen vous pourrez le retourner contre remboursement. L'abbé Anselme Bois, vicaire, Asbestos, P. Q.

"La Cure au lait" se trouve chez les bons libraires.

(L'Action Catholique, 3 janvier, 1924).

Nous croyons avoir donné une petite idée de la "Cure au lait".

Si vous voulez en savoir plus long et bien, procurez-vous le volume et lisez-le.

Nous remercions M. l'abbé Bois de l'envoi d'un exemplaire.

Dr L.-F. Dubé.

"Villa-du-Verger", N.-D.-du-Lac, fév. 1924.

REUSSITE EN CLIENTELE

A quoi tient la réussite en clientèle ?

D'abord il est entendu que le médecin possédera bien sa technique et que sa probité ne devra jamais être soupçonnée. C'est la meilleure base pour réussir.

* * *

Il faut en outre plaire à son malade. On lui plait en écoutant avec intérêt l'histoire de sa maladie. Oh ! bien des fois sans doute, il faudra avoir de la longanimité pour écouter jusqu'au bout le récit des douleurs et surtout des circonstances inutiles, mais importantes aux yeux du malade. Dans ce fatras de mots vous découvrirez souvent le fil conducteur qui vous mettra sur la voie du diagnostic, et puis votre malade sera content de vous. Il faut savoir perdre un peu de temps avec le client. L'intérêt qu'on lui porte nous vaut sa confiance. C'est tout.

* * *

Il faut, va sans dire, l'examiner attentivement et complètement. Non pas que je veuille dire qu'on doive le faire passer, comme dans certaines cliniques, de Caïphe à Pilate, i-e d'un spécialiste à un autre, véritable abus, histoire de lui soutirer le plus d'argent possible, sous prétexte d'examen complet,—mais je parle d'un examen du sujet avec nos expériences cliniques ordinaires. Dans la grande majorité des cas, cet examen suffit pour le praticien, et surtout contente le malade. Cette attention de la part du médecin,—nécessaire du reste,—ne peut que lui attirer l'estime de son client.

* * *

Il faut aussi savoir s'adapter à son sujet. La confiance en effet ne va pas sans sympathie. Le médecin doit plaire ; à ce prix il se fait écouter.

Or l'agrément de sa personne ne touche les esprits qu'à une condition : que d'avance il dise les paroles attendues et dans le sens qui les fait le mieux accueillir. Il ne s'agit pas de s'adresser à un ouvrier comme à un ingénieur, et à une femme du peuple comme à une duchesse. Ainsi à une vessie démocratique on demandera si "sa pisse" va bien ; par contre à une vessie aristocratique : vos urines vont-elles normalement, madame ? C'est une question de doigté.

* * *

N'oublions pas que tout malade est un peu égoïste. Il veut qu'on s'occupe surtout de lui. Quelquefois, histoire de se vanter, le médecin pourra conter ses succès dans tel ou tel cas. Attention à la susceptibilité du malade. A ses yeux, son histoire seule est intéressante ; celle des autres ne l'est guère. Quant aux paroles d'ordre non directement médical qu'il prononcera au cours de sa visite, elles ne devront avoir en vue que la personne du malade. Que dire qui puisse l'intéresser ? A la perspicacité du médecin de discerner le tour de conversation qui agréera à ses goûts. Chaque être humain est doué d'une variété d'amour propre qui lui est particulièrement personnelle. Il faudra appuyer à l'occasion sur cette pédale, mais avec tact et avec mesure. Ce tour imprimé à la conversation flattera la vanité du client, augmentera la confiance en son médecin ; puis réjoui et amélioré, il chantera sur les toits les louanges de son bienfaiteur.

* * *

Quant au résultat de la maladie il ne faut jamais voir en noir. Tant qu'il reste une lueur d'espérance, il faut se rattacher à elle, inspirer confiance, rappeler comment dans la vie l'expérience enseigne de ne jamais se prononcer en termes trop absolus. Une part d'inconnu existe dans toute maladie. Délibérément considérons-la comme favorable. Le malade ne demande pas mieux ; et des encouragements qui lui seront donnés, il tirera matière à ressource d'énergie nouvelle. Le médecin n'a pas le droit de se montrer pessimiste,—car l'optimisme chez lui est une forme de la bonté, et sans la bonté la médecine n'existe pas.

* * *

Il n'y a pas que le médecin qui doive chercher à plaire à son malade, le chirurgien également. Opérer avec habileté, telle est bien la première condition de réussite pour un chirurgien, mais ce n'est pas tout. Les plus haut panachés même parlent à leurs opérés avec leur coeur. Leur tâche ne s'épuise point dans l'accomplissement de rite opératoire. Cet opéré est un être qui s'angoisse et qui souffre. Le soulagement et la guérison ne sont rien si le moral reste malade. Nous savons des chirurgiens qui,

aux heures de défaillance où l'opéré désespère, trouvent sans effort et par une sorte d'instinct fraternel, les paroles qui remontent et font du bien.

* * *

En deux mots, c'est cette faculté primordiale d'adaption qui fait le chirurgien recherché comme le médecin assailli de clientèle. Et cela, les programmes de la Faculté ne l'enseignent pas. Quelle illusion, de la part de l'étudiant qui suit le cours, de s'imaginer que ce qu'il apprend au cours attirera plus tard les malades dans son bureau ! Ce qui les fera sonner à sa porte, c'est tout ce qu'il lui aura été suggéré par la richesse de sa sensibilité : à savoir la compréhension par sympathie de la souffrance humaine. Autrement dit, il faut aimer ses malades.

De la patience, de la bonté, de la complaisance, mises au service d'un grand fonds de savoir, voilà la clef de la réussite en clientèle.

Bref, sympathisons avec nos malades, et nous en serons aimés.

* * *

Faisons en sorte que, par notre manière d'agir, l'on dise de nous ce que Marius-Ary Leblond a dit des médecins français : "Je suis peut-être encore plus frappé par les qualités du cœur ; sur 20 médecins français que je connais bien, ce qui domine pour moi, c'est à quel point les trois quarts arrivent vite à "aimer" leurs malades, avec les prévenances les plus délicates....

"La médecine française est éclairée d'un génie de bonté minutieusement attentive et d'invention altruiste."

Et nous contribuerons ainsi à mériter ce compliment que nous faisait Mgr Forbin-Janson, à savoir que nous étions "une race de gentils-hommes, aux cœurs d'or et aux clochers d'argent."

A. J.

ALBUM MEDICAL

Le médecin ne doit pas voir la maladie en elle-même, mais il discernera les relations entre les troubles morbides d'abord, et entre ceux-ci et le malade, qui se défend suivant ses aptitudes.

* * *

La thérapeutique ne consiste pas à terrasser les symptômes ; si elle ne peut s'attaquer aux causes, elle demeurera dans une réserve prudente qui se garde de doses médicamenteuses agressives.

* * *

Loi du moindre effort, loi favorable peut-être au point de vue individuel, mais absolument néfaste pour un corps professionnel qui s'y abandonne. Dans le monde scientifique, intellectuel, moral, c'est la loi du plus grand effort qui doit rythmer nos vies. C'est bien elle qui dirige quelques vies d'élite, celles des individualités supérieures qui font avancer la nation dans les voies du progrès. Mais c'est le très petit nombre; et pour la majeure partie, nous vivons nos vies au mieux de chaque jour, ne donnant que l'effort nécessaire, et rien de plus.

* * *

I slept and dreamt that life was beauty.

I woke up and realized that life was duty.

* * *

Le travail est la glorieuse parure de l'homme. Un front qui s'est creusé dans les méditations silencieuses, des mains qui se sont durci sur le fer d'un outil, peuvent fièrement se lever vers le ciel et se montrer à Dieu.

* * *

Les médecins dignes de ce nom possèdent la spiritualité professionnelle requise et ne subordonnent pas la pratique de leur art aux considérations exclusives des intérêts matériels.

* * *

Il est certains médecins,—heureusement ils sont rares,—pour qui un client est une affaire. Ce n'est pas un malade qu'il importe de rétablir, c'est une mine dont il faut extraire tout l'or possible.

* * *

La droiture morale est la meilleure sauvegarde de la rectitude individuelle.

* * *

Le monde et la conscience sont deux tribunaux devant lesquels l'homme doit passer. Il peut échapper au monde, mais jamais à la conscience.

* * *

Dans les cas de fausse angine de poitrine, la *psychothérapie* est un élément essentiel de traitement. Déjà Stokes avait constaté "que l'un des moyens les plus efficaces pour la guérison, c'est de convaincre les malades qu'ils ne sont point atteints d'une affection du coeur".

Avec M. Landouzy, on doit leur répéter: "Vous êtes beaucoup à plaindre, vous n'avez rien à craindre."

* * *

La fleur humaine est de toutes les fleurs celle qui a le plus besoin de soleil.—*Michelet*.
