

MONTREAL-MEDICAL

VOL. III

15 MAI 1903

No 3

QUELQUES ETUDES SUR LE CERVEAU

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT.

Professeur d'anatomie à l'Université Laval à Montréal.

Revenons maintenant au cortex cérébral, pour y étudier d'autres régions que celles que nous avons déjà vues.

Le lobe pariétal nous offre à part la circonvolution ascendante deux autres circonvolutions très larges, tellement qu'elles portent parfois le nom de lobules. C'est ainsi qu'il y a le lobule pariétal supérieur limité en haut par la scissure inter-hémisphérique, en bas par le sillon interpariétal ; elle est unie à la pariétale ascendante par une ou deux racines et un pli de passage la relie à la première occipitale. La surface de ce lobule présente un certain nombre de plis secondaires.

Le lobule pariétal inférieur, appelé aussi la circonvolution supra-marginale, ou le lobule du pli courbe, est limité en haut par la scissure interpariétale et en bas par la vallée sylvienne qu'il contourne à son extrémité postérieure pour se continuer avec la première temporale. Ce lobule naît de la pariétale ascendante par une petite racine. Ce serait peut-être bon d'observer que le nom de "lobule de pli courbe" que porte cette partie du cortex a donné lieu à beaucoup de confusion, car il y a un "pli courbe" qui est tout autre chose que le "lobule du pli courbe" comme nous allons voir toute à l'heure.

Au-dessous de la scissure de Sylvius se trouve le lobe temporal qui a en général la forme d'un cône allongé dont le sommet constitue le pôle temporal, et dont la base se confond avec les circonvolutions du lobe temporal et occipital. Très bien limité en haut où sa circonvolution supérieure forme la lèvres inférieure de la scissure de Sylvius, le lobe temporal n'est séparé en bas des circonvolutions du lobe tempo-

occipital que par un sillon plus ou moins apparent, surtout lorsque le cerveau a reposé pendant quelque temps sur une surface résistante.

Dans tous les cas nous trouvons trois circonvolutions temporales qui s'étendent obliquement d'arrière en avant et de haut en bas.

La première se continue avec la pariétale inférieure en contournant l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, mais elle envoie un pli de passage qui coiffe le premier sillon temporal situé au-dessous, et qui limite cette première avec la deuxième temporale. Du sommet de ce pli naît un rameau qui se continue avec la deuxième circonvolution occipitale, et le nom de "pli courbe" s'applique au pli en forme d'U placé horizontalement qui contourne le premier sillon temporal.

La première temporale formant par sa face supérieure une des pentes de la vallée sylvienne se rend presque à l'insula de Reil dont elle est séparée par une rigole peu profonde.

La troisième temporale qui limite inférieurement la face externe de l'hémisphère cérébral, se continue en arrière avec la troisième occipitale et en bas est séparée du lobule fuliforme par le troisième sillon temporal.

Le lobe occipital occupe les deux faces de l'hémisphère. Du côté externe il présente trois circonvolutions plus ou moins horizontales reliées avec celles du lobe pariétal ou du lobe temporal comme nous venons de voir. Du côté interne une profonde incisure appelée la scissure pariétale interne sépare le lobe carré du lobe cunéiforme, et limite ainsi la face interne du lobe occipital. Plus loin nous avons la scissure calcarine qui forme dans la corne postérieure du ventricule latéral l'ergot de Morand, et limite en bas le lobe cunéiforme qui seul appartient au lobe occipital. Un petit pli de passage parti du sommet de ce lobe le réunit à la partie postérieure de la circonvolution du corps calleux.

La pariétale ascendante comme nous avons vu est un centre sensitivo-moteur, et les parties avoisinantes des deux autres circonvolutions pariétales participent à ses fonctions, mais pour le reste du lobule supérieure la science est encore muette.

Selon Déjerine la partie postérieure du lobule inférieur est le centre des "images auditives des mots", et ce centre est unilatéral et du côté gauche.

Nous entendons par ce centre la région où s'imprintent sur les cellules cérébrales les impressions auditives déjà reçues, et qui réveillent dans notre esprit l'idée de tel ou tel objet, de tel ou tel acte, de telle ou telle personne, etc. C'est ainsi que l'enfant qui entend pour la première fois prononcer le mot "pain" ne le comprend pas, mais peu à peu il vient à relier ce son déjà entendu avec l'objet ou la substance en question, et le sens de ce mot est acquis. Tous les mots s'apprennent de la même manière, et ne sont intelligibles qu'à condition de réveiller dans l'esprit de l'auditeur telle ou telle idée.

Or, dans une lésion de ce centre, le patient ne sera pas sourds, il percevra parfaitement les sons, mais pour lui leur sens sera tout à fait comme s'il entendait parler une langue inconnue.

C'est la *surdité verbale* de quelques auteurs. Elle ne se rencontre pas très souvent, mais lorsqu'elle se présente le patient est généralement dans un triste état.

Le centre auditif proprement dit est bilatéral et se trouve localisé dans la partie moyenne de la 1ère temporale. L'on a trouvé cette partie de la circonvolution plus ou moins atrophiée chez des sourds-muets, et en pratiquant l'ablation de ces cellules chez des animaux l'on a pu produire une surdité assez marquée. Le fait, cependant, que le centre est bi-latéral sauve l'ouïe à bien des sujets, et une surdité d'origine cérébrale est très rare.

Le centre de la vision siège du côté interne du lobe occipital, le point le plus important se trouvant autour de la scissure calcarine, le cuneus, et la partie postérieure du lobule carré. Comme chaque nerf optique anime le côté interne d'un des yeux et le côté externe de l'autre une lésion de ce centre ou des fibres qui y portent les impressions visuelles sera suivie hémimiopie.

La rupture de l'équilibre d'absorption, le déséquilibre vital, la dysharmonie des efforts organiques amène un état arythmique, anarchique, des plastides protoplasmiques et prépare la maladie.

Il ne faut donc pas troubler l'harmonie vitale, dépasser le coefficient de digestibilité, c'est-à-dire provoquer une indigestion funeste.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS ET NEVRITE PERI-PHERIQUE.

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE,

Doyen de la Faculté de Paris.

La phlegmatia alba dolens est caractérisée essentiellement par un œdème blanc et dur s'accompagnant de violentes douleurs et d'une impotence fonctionnelle du membre. Ces symptômes, s'ils composent le fond clinique de toute phlegmatia, peuvent varier dans leur intensité, de telle sorte que l'un d'eux l'emporte de beaucoup sur les autres.

La maladie qui fait le sujet de notre leçon clinique présente une forme de phlegmatia dans laquelle les symptômes paralytiques sont devenus tellement prédominants, qu'à l'heure actuelle ils attirent seuls l'attention.

Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans. Je ne vous dirai rien de ses antécédents héréditaires, ils ne présentent aucun intérêt dans le cas particulier. Dans ses antécédents personnels, je ne trouve aucune maladie. C'est une bonne mère de famille qui a trois enfants vivants, et qui est sobre; d'ailleurs, dit-elle, ses moyens pécuniaires ne lui permettraient aucun excès. Elle s'est mariée à 22 ans et a eu cinq grossesses, la première immédiatement après son mariage, par laquelle elle a donné naissance à un enfant âgé actuellement de 11 ans. A 28 ans, nouvelle grossesse pendant laquelle la jambe gauche a été œdématisée et cet œdème a disparu après l'accouchement; l'enfant est encore vivant et bien portant. A 29 ans, accouchement d'un enfant mort-né. Le quatrième enfant, que la malade a eu à l'âge de 31 ans, est actuellement en bonne santé. Au mois de novembre dernier, à l'âge de 32 ans, la malade accouche de son cinquième enfant qui est mort d'athrepsie, à l'âge de 4 mois. La malade eut pendant la grossesse un œdème du membre inférieur gauche, qui disparut après l'accouchement.

Les suites de couches paraissaient très normales, si bien que, le dixième jour, la malade voulut se lever, mais elle s'aperçut qu'elle ne pouvait pas s'appuyer sur la jambe gauche, et un médecin appelé porta le diagnostic de phlébite. On conseilla l'emploi d'une gouttière, mais faute de ressources pécuniaires suffisantes, on se contenta d'un enveloppement ouaté. Peu de jours après le début de la tuméfaction du membre, la malade

présenta une forte élévation de température, des sueurs, du délire, et un érythème infectieux, qui amena une desquamation manifeste des mains.

Trois semaines après le début de l'œdème de la jambe gauche, la jambe droite aurait été le siège des mêmes accidents. D'ailleurs, il nous est difficile de préciser les faits qui se sont passés; dans son récit, la malade est très confuse, ce qui tient, d'une part à la fièvre qui s'est accompagnée de délire, et d'autre part à un état intellectuel qui ne facilite pas beaucoup nos recherches rétrospectives.

Ce qu'il y a de sûr, c'est que, à son entrée dans notre service, la malade était, depuis quatre mois, obligée de garder le lit. À ce moment, c'est-à-dire le 1er mars, nous constatons qu'elle est apyrétique, que son état général est assez bon, et que tous les phénomènes morbides sont limités aux membres inférieurs. Ceux-ci étaient, à cette période, le siège d'un léger œdème, luisant, un peu dur, seule trace de la phlébite antérieure; mais surtout il y avait une paraplégie complète. La malade ne pouvait exécuter aucun mouvement soit d'extension, soit de flexion, ni du pied, ni de la jambe, ni de la cuisse, de l'un et l'autre côté. Les réflexes rotuliens étaient complètement abolis, les masses musculaires étaient manifestement diminuées de volume, mais cette atrophie portait sur leur ensemble sans affecter particulièrement certains groupes, et était masquée en partie par l'œdème, en partie par ce fait que le tissu adipeux sous-cutané ne paraît pas avoir diminué.

La sensibilité objective était profondément troublée: il y avait des douleurs dans les membres inférieurs sans localisation précise, car elles ne suivaient le trajet d'aucun nerf; mais elles avaient cependant une intensité plus grande aux genoux, où elles présentaient le caractère térébrant, tandis que partout ailleurs elles étaient comparables à des piqûres d'épingle; en tout cas, elles étaient, dans leur totalité, assez intenses pour empêcher la malade de dormir.

La sensibilité subjective était également très modifiée: le moindre attouchement des membres inférieurs provoquait des douleurs et faisait pousser des cris.

Depuis l'entrée de la malade jusqu'à ce jour (30 avril) c'est-à-dire en deux mois, il s'est produit une amélioration très notable, qui a coïncidé avec l'emploi du massage méthodique des

membres inférieurs. Voici quel est à l'heure actuelle l'état de la malade. La paralysie a beaucoup diminué, et la malade peut mouvoir assez bien les jambes dans son lit. La station est possible, mais il est nécessaire pour cela que la malade écarte les jambes, c'est-à-dire augmente sa base de sustentation. La marche est difficile, mais elle se fait sans aucun secours étranger, il n'y a ni steppage, ni incoordination, ni traînement des jambes, mais il semble que les membres inférieurs soient raides, qu'ils se meuvent d'une seule pièce, et que l'articulation coxofémorale soit le centre de ces mouvements. Inutile de dire que cette marche ne peut être continuée quelques minutes sans occasionner à la malade une grande fatigue.

Si nous étudions ces différents mouvements, la malade étant couchée nous constatons que la pointe du pied est tombante, et que la plante regarde légèrement en dedans, il y a une esquisse de varus équin. Les mouvements d'extension et de flexion du pied s'exécutent assez bien, mais sans forces; il suffit d'opposer une petite résistance aux mouvements pour qu'ils deviennent impossibles. La flexion de la jambe sur la cuisse se fait assez bien, mais l'extension est beaucoup plus difficile; les mouvements de latéralité (abduction et adduction) sont très limités.

Les réflexes rotuliens existent, mais sont bien faibles.

L'atrophie musculaire, que nous avons constatée au moment de l'entrée, a beaucoup diminué, mais est encore très évidente : elle porte sur les différents groupes musculaires des membres inférieurs, avec une légère prédominance sur les muscles extenseurs de la jambe et de la cuisse.

La sensibilité subjective est redevenue presque normale, les douleurs existent à peine et n'entravent plus le sommeil; mais il persiste toujours une hyperesthésie des membres, qui fait que le pincement même léger de la peau et des masses musculaires est très douloureux.

L'œdème a disparu. Le pannicule adipeux sous-cutané est normal. Il y a des troubles circulatoires caractérisés par une coloration rouge légèrement violacée des pieds, ils sont également plus froids qu'à l'état normal. Les troubles sécrétoires sont notables: ils sont caractérisés par une moiteur habituelle des pieds.

Si nous ajoutons maintenant que rien, dans l'état général de la malade, ne mérite d'être signalé, nous voyons qu'en somme

tous ces troubles peuvent se résumer en un mot: elle est paraplégique.

Il est évident, d'autre part, que c'est la phlegmatia alba dolens qui est la cause de la paraplégie, mais la phlébite ne suffit pas à expliquer la production de la paraplégie: elle ne suffit même pas, à notre avis, à expliquer l'œdème. Ceci demande des explications.

Il y a dans la phlegmatia, avons-nous dit, des phénomènes d'œdème, des phénomènes douloureux et des phénomènes de paralysie; or, à elle seule, l'oblitération veineuse est incapable d'expliquer ces trois ordres de phénomènes.

Que l'œdème ne puisse pas être expliqué par l'oblitération de la veine, cela résulte d'expériences déjà anciennes, qui montrent que la ligature des veines fémorales, chez les animaux, n'entraîne pas la production de l'œdème. Vous me direz que les animaux ont une pathologie spéciale, et différente de celle de l'homme. Pour répondre à cet argument, je signalerai deux groupes d'observations recueillies chez l'homme.

Le premier groupe comprend des opérations dans lesquelles on a dû réséquer la veine principale d'un membre; il ne s'est pas produit d'œdème. Nous pouvons à ce sujet vous résumer les observations d'une série de malades qui ont été suivis par le docteur Beaussehat, chef de clinique du professeur Pozzi.

Enfant de 12 ans. Ablation d'un ostéo-sarcome de l'omoplate avec envahissement de la veine axillaire. Résection de la veine. A la suite pas d'œdème.

Homme de 30 ans. Plaie gangreneuse de la cuisse, ayant dénudé la veine saphène interne. Résection de la veine. Pas d'œdème du membre.

Femme de 45 ans. Ablation d'un cancer du sein avec adénopathie axillaire englobant la veine qui est réséquée dans toute son étendue. Pas d'œdème.

Femme de 50 ans. Amputation du sein pour cancer très envahissant. Résection de la veine axillaire dans toute son étendue. Pas d'œdème.

Femme de 50 ans. Cancer du sein. Résection d'une partie de la veine axillaire. Pas d'œdème.

Le second groupe d'observations comprend celles dans lesquelles on a dû, chez l'homme, pratiquer la ligature des veines des membres; il n'en est résulté aucun œdème, ainsi que vous pour-

rez vous en convaincre par la lecture d'une série d'observations publiées par le docteur Robineau, dans sa thèse sur le traitement chirurgical des plébites. Je ne puis ici que vous en résumer les données principales. Vous y verrez que la *ligature de la veine axillaire* a été faite un nombre tellement considérable de fois, qu'on juge fastidieux d'en publier les "résultats. Mais il ressort notamment des statistiques de M. Quénu "que l'on ne constate qu'un œdème très léger et fugace de la main, vers le deuxième ou le troisième jour, et encore dans un très petit nombre de cas".

Les ligatures de la *veine iliaque externe* ou de la *fémorale* sont pratiquées bien moins souvent; mais dans une série d'une dizaine d'observations rapportées par Robineau, il est toujours noté que l'œdème du membre inférieur était nul, ou a existé avec peu d'intensité pendant un ou deux jours.

Nous sommes donc bien en droit, il me semble, de conclure que l'oblitération veineuse ne suffit pas pour expliquer l'œdème.

Il en est de même, pour les phénomènes paralytiques: les animaux auxquels on lie les veines des membres ne sont pas paralysés, pas plus que les hommes qui ont subi cette opération, dans un but thérapeutique.

Nous pourrions apporter aussi le même genre de preuves, pour démontrer que l'oblitération veineuse ne produit pas les phénomènes douloureux que l'on observe dans la phlegmatia.

Si donc l'obstacle apporté à la circulation du sang dans la veine ne suffit pour expliquer ni l'œdème, ni la paralysie, ni l'état douloureux, il faut alors qu'il y ait quelque autre cause surajoutée. A notre avis, cette cause surajoutée est la névrite.

La lésion simultanée des veines et des nerfs produit l'œdème: il suffit pour le démontrer de se reporter aux expériences de Lower, reprises par M. Ranvier. Sur un chien on lie la veine fémorale: il ne se produit pas d'œdème; mais celui-ci apparaît, si en même temps que la ligature veineuse, on sectionne le sciatique. Il est inutile de vous dire, en outre, qu'une lésion des nerfs expliquerait parfaitement les troubles paralytiques et les phénomènes douloureux de la phlegmatia alba dolens. Autrement dit, tout deviendrait facile à expliquer, si nous admettions une névrite périphérique, en même temps qu'une oblitération de la veine. Il suffit, pour se convaincre, de se reporter aux autopsies de phlegmatia et de constater qu'on a trouvé des lé-

sions nerveuses chaque fois qu'on les a cherchées. Je vous citerai particulièrement à ce sujet les intéressants travaux de M. Klippel, et encore cet auteur ne nous paraît pas avoir attribué à ces lésions toute leur importance, lorsqu'il dit: "Il n'est pas impossible que les altérations des nerfs soient pour quelque chose dans les troubles fonctionnels". Mais cette névrite périphérique, quelle en est la cause? Pour nous, elle se développe sous la même influence que la lésion veineuse, c'est-à-dire sous l'influence de l'infection. Des névrites ont été décrites au cours de presque toutes les infections, la diphtérie, la variole, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, et l'infection puerpérale ne fait pas exception à cette règle générale. Mais, dans le cas que nous étudions, la névrite, d'après moi, est limitée aux membres inférieurs, parce que le trouble de la circulation, constituant un point d'appel, détermine la localisation de la névrite. Les sujets, par l'effet de l'infection, sont en éminence de névrite, l'oblitération veineuse la détermine. A l'appui de ce que je viens de dire, je citerai les deux faits cliniques suivants, dont l'un a été observé par M. Quénu et dont l'autre a été l'objet d'une étude dans notre service.

Je vous rapporte d'abord l'observation de M. Quénu: "Un homme amputé de la verge, deux ans auparavant, pour néoplasme, est opéré de nouveau pour adénopathie inguinale, intéressant le ganglion de Cloquet, de volume considérable. Au cours de l'opération, la veine fémorale adhérente est réséquée sur une longueur de 6 à 8 centimètres. Pendant les trois premiers jours, aucun œdème; le quatrième, léger œdème de la face interne de la jambe, mais n'intéressant pas le pied, et qui disparut les jours suivants. Au bout de cinq semaines, l'énorme plaie inguinale, bien que pansée rarement, s'infecta secondairement. Le lendemain, œdème prononcé du pied et de la jambe qui augmenta les jours suivants." Ainsi donc, voici un cas, dans lequel la résection de la veine n'avait pas suffi à produire de l'œdème, tandis que l'infection surajoutée en a déterminé immédiatement, sans doute en causant des lésions des nerfs et de tous les tissus superficiels de la jambe.

L'observation qui a été recueillie dans notre service est peut-être encore plus probante: il s'agit d'une malade d'une quarantaine d'années, qui était entrée à l'hôpital avec des accidents multiples dus à une néphrite interstitielle. Elle présentait un

œdème des membres inférieurs à peine marqué et égal des deux côtés. Quelque temps après, pendant son séjour dans le service, elle eut une sciatique unilatérale; immédiatement un œdème extrêmement marqué apparut dans la jambe qui était atteinte de sciatique. Il ressort de cet ensemble de faits, que si les phénomènes observés dans la phlegmatia ne peuvent pas être imputés à l'oblitération veineuse, on peut, très logiquement, les rapporter à une névrite concomitante. Ces névrites guérissent habituellement, et nous avons tout lieu de croire qu'il en sera ainsi dans notre cas, mais je connais beaucoup de malades qui, à la suite d'une phlegmatia, sont restées paraplégiques ou monoplégiques suivant que les accidents avaient été bilatéraux ou unilatéraux. C'est encore à la névrite qu'il faut attribuer, suivant moi, les déformations décrites par Verneuil sous le nom de pied bot phlébitique. Il est dû, soit à la prédominance de l'atrophie dans certains groupes musculaires, soit à ce que, par le fait d'attitudes vicieuses prolongées, il s'est produit un défaut d'équilibre dans le tonus musculaire, ou bien des adhérences et des rétractions fibreuses. De telle sorte, en somme, que nous arrivons à cette conclusion, quelque peu inattendue, que la plupart des symptômes de la phlegmatia sont dus à une névrite ou tout au moins à son association avec une oblitération veineuse.

LES MALADIES DE LA DEMINERALISATION ORGANIQUE; L'ANEMIE PLASTIQUE,

PAR M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN.

M. le professeur Robin a appelé l'attention de l'Académie de médecine, séance du 30 décembre dernier, sur un trouble de la nutrition qui paraît une des causes d'un certain nombre de maladies.

Parmi ces maladies, l'auteur individualise les types suivants comme premiers termes de la série :

A—La phthisie pulmonaire;

B—La phosphorisme;

C—Une variété particulière de l'hémoglobinurie;

D—Diverses albuminuries qui, d'abord fonctionnelles, peuvent aboutir à la maladie de Bright, comme les albuminuries phosphaturiques et les albuminuries dyspeptiques;

E—Un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

La chlorose n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble symptomatique qui relève de conditions morbides fort dissemblables et réclamant des traitements tout à fait différents, puisque ce qu'il faut traiter, ce n'est pas l'expression symptomatique dénommée chlorose ou anémie, mais bien les procédés morbides qui aboutissent à cette expression.

La déminéralisation organique est l'un de ces procédés.

Les chloroses et les anémies qui en relèvent offrent certaines particularités cliniques qui permettent de les soupçonner et sur lesquelles l'auteur reviendra plus tard. Mais pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang.

Le déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

L'analyse montre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des globules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. Cette forme d'anémie, qui a son origine dans une altération du plasma, mérite le nom d' "anémie plasmatique".

Pour traiter cette anémie et la guérir d'une façon pour ainsi dire mathématique, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de *thériaque minérale*.

Cette reconstitution minérale du plasma sanguin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut évi-

ter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrigineux à la médication saline.

Voici maintenant quelques-unes des formules, parfois fort complexes, qui permettent de mettre en œuvre cette médication.

Tout d'abord, il est souvent nécessaire de combattre l'insuffisance glandulaire et musculaire de l'estomac, c'est-à-dire de réveiller la fonction endormie.

Pour cela, cinq minutes avant les repas, on administre, dans un cachet, l'association médicamenteuse suivante :

Sulfate de potasse	}	au	0	gramme	05
Azotate de potasse					
Bicarbonate de soude			0	—	30
Poudre d'yeux d'écrevisse			0	—	25
Poudre d'ipéca			0	—	01

Pour un cachet.

Le *sulfate* et l'*azotate de potasse* sont des stimulants circulatoires et musculaires; le *bicarbonate de soude* à faible dose provoque la sécrétion acide; la *poudre d'yeux d'écrevisse* est un excitant mécanique; la *poudre d'ipéca* met en jeu les plans musculaires et le centre nerveux périphérique de l'estomac.

Le repas terminé, on administre huit gouttes du mélange suivant :

Teinture de fèves de Saint-Ignace	5	grammes.
Teinture d'ipéca	2	—
Teinture de badiaac.	5	—

qu'on donne dans une cuillerée à soupe de fluorure d'ammonium à 0.20 centigrammes pour 300 grammes d'eau distillée, mélicament qui entrave les fermentations déterminées par les ferments figurés sans nuire à l'action de la pepsine.

La teinture de fèves de Saint-Ignace contient des traces de strychnine, de brucine et d'igasurine qui excitent directement la contractilité des plans musculaires, et cela juste au moment où le contenu de l'estomac doit être brassé avec le suc gastrique. L'ipéca stimule à la fois les glandes et les muscles. La teinture de badiane ajoute son action très atténuée à celle des deux produits précédents et aromatise l'amertume de la préparation.

Lorsque l'estomac a repris ses fonctions, on supprime le traitement gastrique pour employer le traitement plasmatique.

L'auteur recommande des poudres salines dont la formule

ci-dessous reproduit à peu de chose près les rapports dans lesquels les sels se retrouvent dans les cendres du sang total.

Chlorure de sodium	27	grammes.
— de potassium	2	—
Phosphate de soude	4	— 60
— de potasse	12	—
— de chaux	1	— 950
— de magnésie	1	— 40
Sulfate de potasse.....	2	— 000
Bicarbonate de soude.....	11	— 50
Carbonate de fer	1	—
Poudre d'hémoglobine	5	—

Divisez cette quantité en 80 cachets. Prendre deux cachets avant le déjeuner et le dîner.

Cette médication doit être continuée trois semaines ou un mois. On la fait suivre de l'administration de fer sous la forme suivante qui paraît le plus favorable.

Tartrate ferrico-potassique	0	gramme. 10
Poudre de rhubarbe	0	— 05
Magnésie calcinée.....	0	— 05
Extrait de quinquina.....	0	— 10

Pour une pilule. Prendre une pilule au commencement du déjeuner et du dîner, l'addition de la magnésie a pour but de ramédier au déficit magnésien constaté dans le sang et dans l'urine de la plupart des anémiques.

La médication ferrugineuse comporte aussi un régime alimentaire spécial, dans lequel on doit insister sur les aliments qui contiennent la plus grande quantité de fer. Le jaune d'œuf, la viande de bœuf, les pois, les lentilles, les épinards, les fraises, figurent au rang des aliments les plus ferrugineux et devront faire partie des cartes culinaires recommandées aux anémiques.

Enfin, le vin de Bourgogne formera la base de la boisson: on le coupera avec une eau minérale ferrugineuse, qui renferment aussi du chlorure de sodium.

Ce complément ferrugineux du traitement de l'anémie plasmatique est absolument indispensable, et nulle cure ne sera complète sans son intervention. Sous son influence, on voit se relever les échanges et les oxydations azotées, diminuer l'acide urique, augmenter l'acide phosphorique et la potasse, ces témoins de l'activité dans les échanges globulaires.

Comme cette étape de médication ferrugineuse allonge la durée du traitement, M. Robin a tenté de la supprimer en incorporant directement le fer dans la poudre saline. Après de

nombreux essais, il est arrivé à la formule suivante, d'apparence très compliquée et représentant une sorte de *thériaque minérale* dans laquelle les principes minéraux sont associés à des matières organiques qui en facilitent l'assimilation :

Chlorure de sodium.....	15	grammes.	
— de potassium.....	10	—	
Phosphate de soude.....	13	—	
— de potasse.....	6	—	
Glycérophosphate de chaux.....	} au	1	—
— de magnésie.....			
Sulfate de potasse.....			
Carbonate de fer.....	0	—	50
Poudre d'hémoglobine.....	2	—	50
Glycérophosphate de fer.....	15	—	
Jaune d'œuf.....	16	—	
Lactose.....	10	—	
Caséine.....	5	—	
Poudre de fèves de Saint-Ignace.....	1	—	
— de rhubarbe.....	4	—	
	100 grammes.		

Mélez très exactement et divisez en 100 paquets.

On emploie ce mélange à la dose d'un paquet avant le déjeuner et avant le dîner et l'on augmente progressivement cette dose, en suivant le degré de la tolérance stomacale, jusqu'au maximum de six par jour.

A l'aide de cette préparation ferrugineuse, il est possible de diminuer dans de grandes proportions la durée du traitement. Elle a de plus l'avantage d'être mieux tolérée par l'estomac.

VARICOCELE CHEZ L'ENFANT

PAR M. LE PROFESSEUR BROCA.

L'enfant étant tout nu debout devant vous, vous voyez que des deux côtés le scrotum est très long, très flasque, très pendante, et que cela est accentué à gauche surtout. De ce côté, il est piriforme, fortement renflé en massue à sa partie inférieure. Sa coloration est normale, mais sa forme est bosselée, et sous lui apparaissent des saillies serpentines. Prenez cette masse entre vos doigts, faites-la glisser à plusieurs reprises entre votre pouce et votre index : elle est molle et vous donne, au premier abord, l'impression d'un paquet de ficelles, ou mieux d'un paquet de vers. Sous la pression un peu énergique, elle est indolente et diminue considérablement de volume, surtout si en même temps on soulève le fond du scrotum. Mais l'an-

neau inguinal externe est étroit et le doigt n'y sent pas d'impulsion à la toux.

Ces signes physiques sont, sans discussion diagnostique possible, ceux du varicocèle. La seule différence avec les cas typiques est qu'au-dessous de la masse variqueuse, au-dessus du testicule de volume et de consistance normaux, vous sentirez une tumeur lisse, arrondie, fluctuante, grosse comme une noisette, siégeant vers la tête de l'épididyme. Il y a là — je vous en dirai deux mots en passant — quelque chose de surajouté : faites en abstraction, et vous avez entre les doigts le type du varicocèle.

C'est, cependant, comme atteint de hernie que l'enfant fut présenté, il y a quelques jours. Dans la tumeur que je viens de vous décrire vous trouvez, en effet, tous les signes du varicocèle et aucun de ceux de la hernie.

Cette masse pâteuse, bosselée, ressemble bien, si l'on veut, à une épiplocèle. Mais une épiplocèle de cette consistance n'est, d'ordinaire, pas réductible du tout ; et quand elle l'est, on la reconnaît vite à un signe déjà indiqué par A. Cooper. Laissez, après réduction, votre index sur l'orifice inguinal externe : la tumeur se reproduit tout de même, mais de bas en haut ; tandis qu' — ce qui peut arriver — si une épiplocèle ressortait, elle se reformerait de haut en bas.

En fait, la confusion n'est excusable qu'entre un varicocèle atteint de phlébite et une épiplocèle adhérente, enflammée. Dans les cas comme le nôtre, elle n'est pour ainsi dire jamais commise par les médecins ; mais elle est quotidienne pour les profanes, parmi lesquels les bandagistes. À ceux-là les malades ont coutume de montrer, sans avis préalable du médecin, tout ce qu'ils peuvent avoir de gros dans les bourses ou dans l'aîne : presque à coup sûr, et quelle que soit la lésion, ils sortent de la boutique garnis d'un bandage. C'est précisément ce qui est arrivé à notre malade il y a environ un an, lorsque sa "hernie" s'est "reproduite" sous l'influence d'un effort pour soulever un bardeau.

La hernie, vous dis-je, se serait reproduite. Car il est bien possible, et même probable, qu'il en ait existé une dans la première enfance, survenue après une chute les jambes écartées, et pour laquelle un bandage a été porté de l'âge de deux ans à l'âge de neuf ans ou onze ans. Puis il y eut trois ans de

guérison ; mais il est naturel que, sentant une grosseur après un effort dans ses bourses endolories, le malade ait cru que la hernie récidivait.

Aussi avons-nous à rechercher avec soin si une pointe de hernie n'accompagne pas le varicocele ; or, non seulement il n'y a, dans le canal inguinal, aucune impulsion à la toux, mais l'anneau externe n'est même pas dilaté. L'enfant prétend que parfois quelque chose grossit quand il tousse ; depuis plusieurs jours qu'il est dans mes salles, je n'ai rien pu constater de semblable.

Le diagnostic entre le varicocele et la hernie inguinale est le seul dont je crois utile de vous entretenir. Quant à faire, à ce propos, une étude différentielle avec les diverses tumeurs du cordon, avec les lipomes spécialement, c'est en général, plutôt oiseux et, d'ailleurs, le cas particulier est de ceux où ce serait plus oiseux encore que d'habitude.

Dans l'analyse de l'état local, le seul point qui mérite examen est l'existence de la masse arrondie, régulière, grosse comme une forte noisette, qui se détache de la partie inférieure de la tumeur, au pôle antéro-supérieur du testicule, au niveau de la tête de l'épididyme. Cette tumeur est lisse, certainement fluctuante ; c'est donc un kyste. Elle me paraît indépendante à la fois du testicule proprement dit et du varicocele en sorte que j'en fais un kyste de la tête de l'épididyme. Ces kystes, assez intéressants malgré les obscurités fréquentes de leur pathogénie, ne peuvent que vous être signalés aujourd'hui. C'est la première fois que j'en vois un compliquer un varicocele ; et vous voyez qu'il n'en résulte pas une bien grande difficulté clinique. Il est vrai qu'ici le testicule, de volume normal, est très nettement séparé du varicocele qui le surmonte et que la localisation de ce kyste serait moins claire si, comme cela est possible, la glande et l'épididyme se perdaient au milieu d'un lacis veineux plus volumineux.

Négligeons ce kyste surajouté, qui pour moi n'est pas du tout d'origine veineuse ; nous devons, sans discussion différentielle, diagnostiquer un varicocele. Mais nous ne devons pas nous en tenir là, car depuis quelques années, grâce surtout à Guyon, nous avons appris qu'à côté du varicocele proprement dit, formant à lui seul toute la lésion, une place doit être faite au varicocele symptomatique des tumeurs du rein.

Comment ces tumeurs agissent-elles pour causer la dilatation des veines du cordon ? Nous ne sommes pas bien fixés sur ce point. Car, si on a parlé de compression sur la veine rénale avec stase dans les veines spermatiques qui s'y jettent, cette opinion va mal avec ce fait que le varicocèle symptomatique est précoce, complique les tumeurs rénales dès le début, quand elles sont encore petites et non compliquées d'engorgement ganglionnaire. C'est même pour cela que le varicocèle est intéressant, pour attirer l'attention du clinicien sur une tumeur qu'en dehors de lui rien ne révèle. Aussi ai-je avec soin palpé la région rénale ; mais je n'y ai rien senti d'anormal et, tout en sachant qu'à son début une petite tumeur échappe facilement à nos recherches, je ne fais pas de réserves à ce point de vue.

J'en ferais davantage si le varicocèle siègait à droite : il est bien connu, en effet, que le varicocèle idiopathique occupe presque toujours le côté gauche. Sur une statistique de 7,599 cas, C. Nebler, par exemple, a donné les chiffres suivants :

A gauche, 91,97 0/0 ;

Bilatéral, 4,02 0/0 ;

A droite, 4,01 0/0.

Le varicocèle est une lésion bénigne, on pourrait même presque dire que c'est un état anatomique plutôt qu'une lésion. D'où cette conséquence, justifiée en pratique, que dans bien des cas le traitement sera nul, pour cette bonne raison que, pendant un temps variable, la lésion est méconnue ; que des troubles fonctionnels et des complications viennent les seules indications thérapeutiques, troubles et complications qui relèvent souvent, comme j'ai tâché de vous le faire voir, de causes occasionnelles auxquelles on attribue parfois à tort un rôle créateur.

Or, depuis un an, notre malade, à la suite d'un effort, semble entrer dans la période des troubles fonctionnels. Il a senti, à cette époque, dans la région, de la pesanteur, des tiraillements, de la gêne, de la douleur, et comme c'est alors l'habitude, il a porté la main aux bourses pour soulager, en les relevant, cette souffrance ; et il a senti une tumeur qui depuis augmente peu à peu, en même temps que les symptômes s'accroissent ; et parmi eux nous en noterons un, d'ailleurs banal, le prurit, avec sudation, exagéré par la chaleur du lit.

Le développement du paquet veineux est lent et continu ; cette forme d'évolution chronique est la plus fréquente. A côté d'elle il faut mentionner les cas qui, après une cause provocatrice, prennent une allure aiguë ; et je crois qu'à ces poussées il faut rapporter la forme aiguë ; il est fort probable qu'il existait à l'avance un paquet veineux méconnu.

Dans l'état actuel de notre malade, le varicocèle n'est qu'une incommodité. Mais déjà la seule aggravation des symptômes précédemment énumérés peut transformer cette incommodité en véritable infirmité. Le volume, par exemple, devient quelquefois tel qu'il est terriblement gênant ; on ne sait pas toujours comment loger un varicocèle, même non douloureux, devenu gros comme une tête de fœtus, prurigineux et suintant par intertrigo.

Ces douleurs, exaspérées par l'érection, par la miction même, occupent avant tout le scrotum, avec irradiations vers la verge, le périnée, les reins. Elles s'observent plus volontiers, dans leur forme la plus aiguë, chez les sujets affaiblis, à système nerveux irritable ; elles sont tout à fait hors de proportion avec le volume du varicocèle, et c'est ce qui a fait dire, à juste titre, que le malade est irritable bien plus que le varicocèle n'est douloureux par lui-même.

La rupture d'une de ces veines dans la tunique vaginale est une cause possible d'hématocèle ; de plus, si la phlébite est rare et tardive, elle est possible, d'où une aggravation des souffrances, et on a même vu des phlébites mortelles ; enfin, d'après Ledouble, la préexistence d'un varicocèle, en cas de blennorrhagie, prédisposerait à l'orchite.

Cela tient sans doute à l'état d'infériorité vitale où se trouve le testicule que surmonte un varicocèle et cela rentre, dès lors, en série avec les troubles de la nutrition testiculaire dont il me reste maintenant à vous entretenir. Ils peuvent se traduire, à nos yeux, de façon palpable, par une atrophie quelquefois considérable de la glande ; ou bien, sans que le volume de l'organe subisse une baisse bien sensible, on note la stérilité ou même l'impuissance. Et cet état de déchéance sexuelle conduit certains sujets à la mélancolie avec préoccupation génésique, à l'hypocondrie, au suicide même.

Pourquoi ces accidents locaux et fonctionnels en relation avec un développement insuffisant du testicule ? Dans cer-

tains cas, nous en trouvons, avec Reclus, l'explication anatomique dans une sclérose périvoineuse de la masse glandulaire envahie par le varicocèle ; à défaut de cette lésion, on peut se demander s'il n'y a pas modification tropique due à une névrite analogue à celle qui est observée autour des ulcères variqueux. Hypothèse non démontrée, mais qui vaut bien "l'aberration d'activité formatrice" dont a parlé Gould.

De tous ces troubles il n'est jamais question chez l'enfant ; dans notre cas particulier, j'ai palpé soigneusement le testicule que j'ai trouvé normal de volume et de consistance. Mais la gêne, les tirailllements, les démangeaisons s'accroissent de pair avec le volume, et nous devons en conclure qu'un traitement est indiqué. Quel doit être ce traitement ? La nature nous a depuis longtemps enseigné la voie à suivre. Instinctivement, les malades gênés soutiennent de la main leurs bourses trop flasques, et ils savent bien que ce qui les resserre est soulageant, ce qui les relâche est désagréable. La chaleur, même celle du lit, dans la position horizontale, aggrave les symptômes ; le froid les atténue, en faisant contracter le crémaster et le dartos. Cette même contraction fait remonter le testicule au moment de l'orgasme vénérien, et certains malades apprennent à calmer ainsi une crise douloureuse ; un patient en vint, nous dit Landouzy, à exiger de sa femme, chaque jour, six à sept fois de ce "spécifique".

Le premier traitement du varicocèle est le port d'un suspensoir : chez un individu de la classe aisée, n'ayant pas besoin de grande activité physique, pouvant éviter les efforts, la marche, la station prolongée, la danse, l'équitation, la constipation et autres causes d'aggravation, un vulgaire suspensoir bien ajusté rend tolérable presque tous les varicocèles et met fin, la plupart du temps, aux troubles légers comme ceux dont notre malade commence à souffrir.

Pour un ouvrier, le port d'un suspensoir n'a rien de gênant, mais toutes les précautions à y joindre ne sont guère pratiques, c'est pour cela que je n'ai pas eu l'idée d'appliquer ce traitement et que j'ai tout de suite parlé d'intervention sanglante. Il y a quelque vingt-cinq ans, cette proposition eut paru subversive ; aujourd'hui elle est toute naturelle, et nous le devons à l'antisepsie, non aux progrès de la médecine opératoire.

La première idée venue aux chirurgiens fut de réséquer les

veines, causes de tout le mal; je crois superflu de disserter sur la valeur relative de la ligature simple ou double, sur l'utilité de sectionner ou de réséquer les veines si on pose deux ligatures. C'est une question aujourd'hui jugée; quand on a mis le paquet veineux largement à vue, il n'y a plus de motif pour ne pas le réséquer, ce qui n'aggrave en rien l'opération. On a reproché à cette résection que presque fatalement, avec les veines, on détruit l'artère spermatique et qu'il en résulte la gangrène, tout au moins l'atrophie du testicule. Objections peu valables: la gangrène ne survient que s'il y a complication septique, l'atrophie n'est pas démontrée et, d'ailleurs, quoi qu'on en ait dit, les artères déférentielle et funiculaire peuvent, par leurs anastomoses, assurer une nutrition suffisante de l'organe; enfin, Nicaise a montré qu'il n'est pas bien difficile d'isoler les veines à la sonde cannelée et de les lier en respectant l'artère, même quand il s'agit du plexus antérieur ou pampiniforme, c'est-à-dire des veines spermatiques proprement dites.

Malgré son radicalisme apparent, la résection, même très étendue des veines, n'est souvent pas curatrice et, par contre, certains chirurgiens ont soutenu que les meilleurs résultats sont fournis par la résection du scrotum, grâce à laquelle, en rétrécissant les bourses, on pourvoit le sujet d'un suspensoir naturel. D'où une opération bien différente de la première: la résection du scrotum sans s'occuper du paquet veineux.

Il est incontestable que ce procédé donne des succès, et il semble même qu'il soit supérieur, dans la majorité des cas, à l'excision veineuse sans résection du scrotum. Mais on est arrivé, en somme, à conclure que ces deux méthodes doivent être associées, et non mises en opposition l'une avec l'autre: du moment qu'on met au jour les organes, il n'y a aucun motif pour ne pas enlever les veines qui en excèdent; et, si on ouvre le scrotum pour aborder le cordon, il n'y a aucun motif pour ne pas diminuer la peau de ce qu'elle a en trop.

Sur notre malade, il est évident que si nous opérons, c'est ainsi qu'il faut le faire; les veines sont grosses et la moitié gauche du scrotum flasque et pendante. Je n'ai plus qu'à vous parler du manuel opératoire.

Quand on a voulu réséquer le scrotum sans s'occuper des veines, on a imaginé des pinces spéciales, des clamps, pour

éviter l'hémorragie et pour faciliter l'exactitude de la suture. Même pour cela, j'ai toujours pensé qu'on pouvait se passer de clamps, et surtout l'emploi de ces instruments est passible d'une grave objection : on ne peut réséquer les veines dilatées. A l'aide d'un clamp spécial, on pince, puis on résèque, la partie postéro-inférieure du scrotum, en plaçant en même temps les veines postérieures.

Il existe, très certainement, un varicoèle postérieur, bien connu, mais ce varicoèle de la queue de l'épididyme s'observe chez les vieillards, et il est souvent reconnu à l'occasion d'une hydrocèle en arrière de laquelle on trouve une masse opaque, noueuse, certainement veineuse, n'ayant pas cependant la mollesse du varicoèle ordinaire. Cela ne ressemble en rien à ce que je vous ai fait constater sur notre malade, et c'est une forme relativement rare : le varicoèle ordinaire, le vrai, celui des jeunes sujets, porte sur les veines antérieures. Je suis sûr — autant qu'on puisse l'être dans notre métier — qu'en opérant je vais arriver sur le plexus pampiniforme.

Quant aux détails du manuel opératoire, les voici : je vais faire une incision transversale à la base du scrotum, et par là j'attirerai au dehors cordon et testicule ; je fendrai le crémaster et la fibreuse commune pour aborder les veines que j'isolerais à la sonde cannelée, et que je réséquerais entre deux ligatures, placées l'une juste au-dessus du testicule, l'autre aussi haut que possible sur le cordon. En raison du commémoratif de hernie, j'examinerai avec soin s'il n'y a pas un sac séreux dans ce cordon : pour cela je ne fendrai pas l'aponévrose du grand oblique au devant du canal inguinal, mais il me suffira de tirer sur le cordon pour faire descendre sous mes yeux presque toute sa partie intra-inguinale. Il y a même des chirurgiens, vous le savez, qui conseillent de faire ainsi, sans ouverture du canal, la cure radicale des hernies, et je crois qu'ils ont tort, mais cette opinion vous prouve que l'on peut explorer de la sorte la partie supérieure du cordon. Pour finir, je réséquerais une large ellipse transversale à la peau du scrotum et je suturerais.

P. S.—L'opération a été pratiquée comme il vient d'être dit, le 3 mars. Les veines malades étaient bien celles du plexus pampiniforme. Il n'y avait pas de hernie concomitante. Le kyste que j'ai décrit en était indépendant et occupait la tête de l'épididyme ; il contenait un liquide séreux, incolore.

UN CAS DE MALADIE BLEUE

PAR M. LE PROFESSEUR LEMOINE.

Clément R..., 19 ans, employé, est issu de parents bien portants. C'est un gargon de haute taille, doué d'une intelligence moyenne et d'une constitution physique assez bonne, exception faite des lésions cardiaques particulières dont il est porteur. Il a un frère et deux sœurs également bien portants. Comment s'accomplit la gestation maternelle qui amena sa naissance ? R... l'ignore, mais il sait être venu à terme, sans incident aucun et que jusqu'à l'âge de neuf mois il ne se passa rien d'anormal dans son existence. Il était alors, dit-il, un enfant comme les autres et rien de particulier chez lui n'avait pu attirer l'attention de sa famille.

A neuf mois, il eut des convulsions assez fortes pendant plusieurs jours et à la suite desquelles il devint bleu. Dès lors, comment s'acheva sa première enfance, ses parents eurent-ils des difficultés à l'élever, son état donna-t-il lieu ou non à des accidents ? Tous ces renseignements font défaut, nous n'avons pu les obtenir.

A quinze mois, l'enfant commença à marcher, et dès qu'il sut courir il éprouva aussitôt de la gêne respiratoire, des oppressions qui lui interdisaient toute marche précipitée ou prolongée. Sous cette influence, sa coloration bleue s'accroissait aussi davantage. Néanmoins on le mit en classe et jusqu'à l'âge de quatorze ans il a fréquenté régulièrement l'école, sans interruption. Seule l'oppression occasionnée par le moindre effort l'empêchait de jouer et de courir avec ses camarades.

De quatorze à dix-huit ans, R... est resté dans sa famille sans se livrer à aucune occupation ; son développement physique s'est effectué normalement, ses fonctions organiques toujours régulières n'ont subi aucune perturbation. En avril, survint brusquement, et sans cause connue, un malaise de plusieurs jours : accès de dyspnée, toux légère, souvent répétée, mouvement fébrile marqué. Le cinquième jour, un accès de toux prolongé fut suivi aussitôt d'un vomissement sanguin dans lequel le malade rendit en une seule fois un demi-litre de sang noirâtre ; cette hémorrhagie eut pour effet de le soulager en diminuant la gêne respiratoire. Les jours suivants, il eut encore trois vomissements, mais de moindre abondance,

chacun d'eux donnant à peu près un demi verre à bière de sang noir. Au bout de quinze jours de repos, le malade, très amélioré, put se lever et achever sa convalescence sans aucun incident. Depuis cinq mois il exerce un emploi dans une brasserie. Il est quelquefois assis et s'en trouve à merveille, mais s'il doit marcher, aussitôt l'oppression reparait et la cyanose s'accroît.

Le 25 juin, R... se présente à la consultation, l'examen clinique pratiqué à cette date révèle l'existence des symptômes suivants : Le développement physique de R... paraît complet, il n'existe pas de déformations du squelette, ni de la poitrine. Le teint est bleu violacé, très accentué surtout aux oreilles, à la pointe du nez, aux lèvres, aux gencives, au menton, à la langue, aux mains tout entières et aux extrémités des orteils. Les doigts sont hippocratiques, les ongles très larges et recourbés. La cyanose, exclusivement limitée à la face et aux extrémités des membres, s'accroît avec la marche et la station debout ; elle diminue au contraire, mais sans disparaître complètement, sous l'influence du repos.

Les extrémités sont froides, la pression digitale y reste marquée pendant trente secondes environ. La température axillaire, prise au moment de l'examen, est de 97°F.

Lorsqu'on examine le cœur, à l'inspection on ne voit pas de déformation apparente : la pointe bat visiblement à un travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du mamelon. Ses battements sont transmis vers le sternum sur une longueur d'environ cinq centimètres. La palpation donne, à certains moments, une sensation assez nette de frémissement léger, intermittent, et autour de la pointe seulement.

La mensuration au moyen de la percussion donne une zone de matité précordiale ayant la forme d'un trapèze dont la plus grande base répond au bord gauche du sternum et la petite à la pointe : il y aurait donc tendance à l'hypertrophie du ventricule droit.

L'auscultation révèle d'abord un choc très intense du cœur. Le premier bruit est couvert tout entier par un souffle en jet de vapeur, d'intensité inégale, et qui se propage très nettement de la pointe vers l'orifice pulmonaire. A ce niveau, le souffle couvre également le premier temps, mais il y prend un timbre beaucoup plus doux qu'à l'orifice mitral, y demeure

constant et régulier. A l'orifice aortique, bruit de souffle très léger et très doux au premier temps. Il en est de même à l'orifice tricuspide. Le deuxième temps est nettement perçu à tous les orifices. En arrière du thorax, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, il existe un léger bruit de souffle qui semble dû à la transmission du bruit perçu en avant à l'orifice pulmonaire. Enfin, ce même bruit de souffle s'entend assez distinctement sur le trajet des vaisseaux du cou.

Le pouls radial donne 88 pulsations au moment de l'examen; il est plein et, sauf quelques irrégularités, il n'offre rien de caractéristique.

Aux poumons il n'y a rien d'anormal, aucun râle; mais on entend sur une large étendue la propagation du souffle cardiaque, dont le maximum existe, nous l'avons dit, au niveau de la 4^{ème} vertèbre dorsale.

Le foie a son volume normal.

Comme symptômes généraux, R... accuse peu de choses. Ses fonctions organiques se font régulièrement, le sommeil est généralement bon; il survient quelquefois des éblouissements, jamais de perte de connaissance. La marche et les efforts de toute nature provoquent la dyspnée, les palpitations augmentent la cyanose, tous symptômes qui disparaissent par le repos. Si on examine le malade après l'avoir fait marcher un instant, on trouve le choc du cœur exagéré, ses battements précipités, renforcés, irréguliers, le souffle du premier temps plus marqué. L'examen du sang n'ayant pu être fait, nous ignorons s'il y a ou non hyperglobulie.

Telle est, rapidement exposée, l'histoire clinique de ce jeune homme. Etant donné l'état de son cœur, et les signes généraux qu'il présente, en particulier les hémorragies pulmonaires survenues récemment, on est en présence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec perforation au-dessous de cet orifice, perforation probable du septum interventriculaire.

C'est d'ailleurs une lésion cardiaque des plus fréquentes dans la maladie bleue.

La vie facile est une vie parasitaire. Or, si des organismes accoutumés jusqu'alors à une vie indépendante s'habituent à vivre en parasites, cette vie parasitaire entraîne leur rétrogradation.

LE POIDS DU CERVEAU DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Nous résumons ci-après, dans ses conclusions très claires, un long mémoire de M. le docteur Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Evrard.

1o. Dans la paralysie générale, le poids du cerveau peut être augmenté, diminué ou normal.

2o. Le poids du cerveau est deux fois plus souvent augmenté que normal et deux fois plus souvent diminué qu'augmenté.

3o. L'augmentation de poids peut atteindre 300 grammes et la diminution dépasser 400 grammes ; celle-ci n'est donc pas seulement plus fréquente que celle-là, mais peut être aussi poussée beaucoup plus loin.

4o. Ces variations de poids dépendent essentiellement de la période de la paralysie générale à laquelle le malade a succombé. A la première, il y a toujours augmentation de poids du cerveau ; à la seconde, un poids normal ou légèrement inférieur à la normale ; à la troisième, une diminution constante et presque toujours notable, supérieure à celle maxima de la phase intermédiaire.

5o. L'augmentation de poids est due à la congestion et à l'hypertrophie du tissu conjonctif à la première période ; la diminution, à l'atrophie et à la destruction de la cellule nerveuse aux deux autres.

6o. Les plus fortes augmentations de poids se rencontrent entre cinquante et soixante ans et les plus faibles entre quarante et cinquante ans ; entre les deux se placent celles entre trente et quarante ans.

7o. Le maximum des cerveaux normaux se trouve, au contraire, entre quarante et cinquante ans, et le minimum entre trente et quarante ans.

8o. A la seconde période où l'atrophie est faible, celle-ci est à tous les âges en raison directe de ceux-ci, tandis qu'à la troisième période elle croît en raison directe de l'âge jusqu'à la cinquantaine pour décroître ensuite de cinquante à soixante ans, sans doute à cause de l'intensité moindre et de l'évolution plus lente des processus inflammatoires à cette période de la vie.

9o. A la première période, l'augmentation de volume du cer-

veau est en raison inverse de la durée de la maladie et l'atrophie, au contraire, aux deux autres périodes, en raison directe de cette durée.

10o. Il résulterait de nos constatations que c'est seulement à la seconde période, quelle que soit la durée de la première, que le cerveau revient à son poids normal et que l'atrophie commence.

11o. A la seconde période, l'atrophie ne commence qu'après un certain temps et marche avec lenteur, tandis qu'à la troisième son évolution est très rapide.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PROSTATITES MIXTES.

PAR M. LE DOCTEUR MAZET.

Il faut entendre sous ce nom, les prostatites qui ne sont plus gonococciques et ne sont pas encore manifestement tuberculeuses: les "cas-limites".

L'évolution tuberculeuse de la prostatite chronique, surtout chez les sujets en puissance de bacilles, est relativement fréquente et se déclare le plus souvent après la blennorrhagie.

Les symptômes de la prostatite chronique et de la prostatite tuberculeuse se confondent. En dehors des cas rares où la bactériologie est positive (bacille de Koch dans les sécrétions urétrales) et où les cultures et les inoculations sont concluantes, c'est l'examen clinique attentif et minutieux qui permettra le diagnostic.

Parmi les signes les plus probants, on peut citer: (a) les nodosités des vésicules séminales; (b) les hématuries, petits filets terminaux avec ou sans douleurs post-mictionnelles; (c) l'atonie vésicale. M. Mazet indique en outre deux petits signes qu'il a observés chez des tuberculeux prostatiques. Ce sont: 1o *l'apparition de pellicules légères flottant à la surface de l'urine*, indice d'une desquamation insignifiante; 2o *une atrophie testiculaire en l'absence de noyaux épидидymaires*.

La précocité du diagnostic revêt une importance capitale, car "ces formes de prostatite bacillaire guérissent d'autant plus aisément qu'elles sont traitées de bonne heure."

Le traitement général tiendra une place considérable. On a préconisé un grand nombre de topiques sous forme d'instillations (solutions de formol à 1 pour 100; de sublimé, 1-4000 à 1-400;

d'acide picrique, 6 à 12 pour 100; d'acide pyrogallique, 2 à 4 pour 100).

Lorsque la tuberculose reste localisée à la prostate et que le diagnostic est établi de bonne heure, que l'état général est bon, la prostatectomie pourra être justifiée. Le procédé de choix sera l'incision proposée pour la prostatectomie dans l'hypertrophie.

L'ETAIN METALLIQUE COMME TŒNIFUGE.

Réputé comme tœnifuge dès le XVII^e siècle, l'étain n'est guère employé, actuellement, contre les vers rubanés. Or, d'après des observations, datant de quelques années, d'un médecin allemand, M. Dommes, et l'expérience toute récente de M. Dotchévsky, privat docent à Tomsk, l'étain métallique, ingéré sous forme de poudre, amènerait l'expulsion des tœnias avec leur tête, sans produire de phénomènes d'intoxication, ce qui le distinguerait avantageusement des remèdes tels que la fougère mâle, l'écorce de grenadier, la pelletière et le koussou.

Voici quel est, d'après l'auteur, le *modus faciendi* pour l'emploi de ce tœnifuge :

Pendant deux jours, le malade prend des purgatifs salins et suit un régime alimentaire très sobre, ne donnant que peu de matières fécales (bouillon, potages, œufs et pain en quantité restreinte). Le troisième jour, on lui fait prendre, le matin, à jeun, à des intervalles d'un quart d'heure, cinq cachets contenant chacun 0 gr. 60 à 1 gramme d'étain métallique précipité, chimiquement pur, soit, en tout, 3 à 5 grammes de ce métal. Enfin, deux heures après la dernière prise, on administre un purgatif, huile de ricin ou séné. Le malade ne tarde pas à rendre le tœnia avec la tête, sans avoir ressenti d'autres troubles qu'un peu de coliques provoquées par la purgation.

L'auteur a eu, jusqu'ici, l'occasion d'expérimenter ce traitement chez trente-huit sujets porteurs de tœnias, pour la plupart inertes (*T. mediocanellata*). Chez vingt-six d'entre eux, la cure a réussi du coup; dans sept cas, on dut la répéter pour expulser l'helminthe avec la tête; chez un malade ce résultat ne fut obtenu qu'à la suite d'une troisième administration de poudre d'étain; enfin, quatre sujets furent perdus de vue après un seul essai de traitement par l'étain, demeuré infructueux.

ZONA TRAUMATIQUE CHEZ UN ENFANT ET ZONA PAR CONTAGION DIRECTE

PAR M. LE DOCTEUR FÉLIX BAUDOUIN.

Yvonne B..., âgée de 6 ans, en jouant dans les escaliers, fait une chute violente : elle tombe la tête la première. On la transporte à l'hôpital.

Le lendemain de sa chute, elle se plaint de vives douleurs dans le cou, en même temps qu'apparaissent dans toute la région correspondant au plexus cervical superficiel, de nombreuses taches rouges que parsèment bientôt une foule de grosses vésicules nacrées et brillantes. La tête est inclinée du côté malade, l'enfant la tenant immobile pour éviter les douleurs, on note une assez forte fièvre mais pas de troubles digestifs.

Ce qui frappe au premier abord dans cette éruption, c'est sa topographie : elle est, très nettement unilatérale, siégeant à droite.

Elle envahit le territoire qu'innervent les cinq branches du plexus cervical superficiel :

1o. La branche *cervicale transverse*, en respectant la partie qui répond à ses rameaux terminaux ascendants ;

2o. La branche *auriculaire*, en respectant la partie qui répond aux rameaux terminaux (*auriculaire interne et externe*) ;

3o. La branche *mas'öldienne* en respectant le territoire de ses rameaux terminaux ;

4o. La branche *sus-claviculaire* ;

5o. La branche *sus-acromiale*.

Le diagnostic *zona* n'est pas douteux.

L'enfant est une ancienne rachitique, issue de parents nerveux et affaiblis par la misère. Elle ne présente aucun signe de tuberculose. Elle n'a pas eu de maladies infectieuses.

Les jours suivants, les vésicules disparaissent, remplacées par des surfaces suintantes qui laissent à leur place des cicatrices pigmentées indélébiles au niveau desquelles on constate une anesthésie absolue.

Les douleurs, violentes au début, ce qui est rare chez l'enfant, ont diminué le 15e jour pour disparaître le 25e.

De tous les faits qui précèdent, il est légitime de conclure à l'existence d'un *zona cervical*. Cette variété, de toutes, est la plus rare. Sa topographie est ici des plus nettes et dans ce

cas particulier, tout au moins, se trouve confirmée la théorie qui veut que les lésions cutanées du zona soient en relation avec le territoire nerveux superficiel sous-jacent.

Ceci nous amène à parler de la pathogénie de l'affection.

Je ne referai pas, à propos de cette observation, la pathogénie du zona. Je rappellerai simplement qu'à l'heure actuelle on admet généralement comme valables, suivant les cas, les deux théories pathogéniques qui ont été soutenues par MM. Landouzy et Brissaud.

Pour M. Landouzy, c'est une maladie générale infectieuse. C'est une névropathie spécifique, se manifestant avec de la fièvre et des symptômes généraux, contagieuse dans certains cas, quelquefois même épidémique.

On connaît l'épidémie observée à la clinique de Prague, où l'on vit entrer, en deux mois, 15 cas de zona, alors qu'on n'en vit pas d'autres dans tout le reste de l'année.

Mais l'infection n'explique malheureusement pas toutes les formes du zona. Il a fallu trouver autre chose. C'est alors que Brissaud invoque, pour expliquer certains cas, des lésions des ganglions spinaux, tout en laissant à la théorie de l'infection la part légitime qui lui revient dans la pathogénie du *zoster*.

Quant à l'agent infectieux, reste encore à découvrir, malgré les travaux de Pfeiffer et de Wasilenski.

Je ferai remarquer ici que notre cas particulier, par son étiologie spéciale et très nette, paraît se ranger dans les zones de cause infectieuse.

En effet, notre fillette dont l'organisme dégénéré se trouve encore appauvri par une alimentation et une hygiène insuffisantes, voit au lendemain d'un traumatisme violent se développer dans la région atteinte, une éruption zostérienne caractéristique s'accompagnant de fièvre intense et de réaction douloureuse. La relation de cause à effet semble bien évidente : le traumatisme a joué ici le rôle de cause déterminante, en produisant un lieu de moindre résistance où s'est fixée la manifestation zostérienne.

Le fait, quoique très rare, est cependant connu. Rayet, Charcot, Bouchard en ont rapporté des exemples, Riesel cite le cas d'une femme de 36 ans dont le bras se trouva comprimé

par un appareil chirurgical et qui vit toute la face palmaire de son avant-bras envahie consécutivement par un zona.

Quelques auteurs cependant ne veulent voir dans ces zonas traumatiques que des troubles trophiques, qu'ils prétendent distinguer du zona.

Cependant, si l'on admet la nature infectieuse du zona, je ne crois pas qu'on puisse rejeter du cadre des maladies zostériennes ces éruptions traumatiques répondant à un territoire nerveux déterminé, et débutant avec des accidents fébriles et douloureux qui ont valu à l'affection son nom d'*ignis sacer*, de *feu de Saint-Antoine*, pas plus qu'on ne rejettera du cadre des pneumococcies pulmonaires, la pneumonie traumatique.

Tout au contraire, cette étiologie par le traumatisme portant sur une région déterminée, me semble un appoint sérieux pour expliquer et confirmer la nature parfois infectieuse du zona et, si les cas semblables sont rares, ils n'en sont que plus utiles à rapporter.

Note additionnelle.—M. le Dr Stecewicz, de Manthelan, nous communique une observation très rare de zona par contagion directe dont je noterai ici les points principaux.

En 1900, un homme vient le consulter pour une douleur siégeant au niveau de la poitrine. Notre confrère le fait déshabiller et constate, sur la paroi thoracique, l'existence d'un zona très caractéristique. Le malade a une assez forte fièvre.

Huit jours après cet homme fait appeler le Dr Stecewicz, pour sa femme en état de grossesse avancée, se plaignant de douleurs dans la région lombo-abdominale. L'examen permet de constater un zona du type lombo-abdominal et génital descendant jusque sur la grande lèvre. La malade a une forte fièvre.

Il semble bien qu'on se trouve là en présence d'un cas de contagion directe du zona. Le fait est rare et curieux à noter, car depuis le cas dont parle Trousseau, c'est à peine si deux ou trois observations semblables ont été publiées.

La grossesse aurait-elle joué là le rôle de cause déterminante comme pour le traumatisme de notre observation? Étant donnée la contagion directe, peut-être serait-il légitime de penser que la localisation lombo-abdomino-génitale a été déterminée par la grossesse, qui aurait créé dans cette région un lieu de moindre résistance.

PROPHYLAXIE DES MALADIES VENERIENNES.

Les maladies vénériennes ne sont pas des maladies honteuses; ce qui est honteux c'est de ne pas se soigner, car laissées à elles-mêmes elles deviennent graves et mettent en danger non seulement le malade, mais surtout sa famille innocente.

La blennorrhagie, vulgairement appelée *chaudepisse*, peut déterminer des rhumatismes déformants, des rétrécissements, des orchites qui entraînent souvent la stérilité et l'impuissance. Communiquée à la femme, elle cause les deux tiers des affections de la matrice et des ovaires, provoque des fausses couches et des complications dans les accouchements. L'enfant nouveau-né contracte au passage l'ophtalmie purulente qui produit la cécité.

La syphilis pas surveillée est une menace constante pour la santé; par ses manifestations sur tous les organes, spécialement sur le cerveau et le système nerveux, elle aggrave toutes les maladies et conduit souvent au gâtisme et à la démence. Héritaire, elle transmet aux enfants des déformations des membres et des organes, les prédispose à la mortalité précoce, les laisse chétifs, idiots.

Un homme consciencieux évitera de répandre sa maladie à des innocents; il se soignera et prendra des précautions, car beaucoup d'accidents contagieux peuvent infecter des personnes saines autrement que par des rapports sexuels.

Traitées à temps, convenablement suivies pendant quelques années, ces maladies guérissent et n'ont alors aucune des conséquences graves signalées plus haut.

Il faut rappeler que l'alcool est un poison qui compromet l'efficacité du traitement et aggrave singulièrement l'affection, en prédisposant aux troubles de l'estomac, du foie ou des poumons, troubles qui se traduisent en dernier lieu par la tuberculose pulmonaire.

Il faut défendre de cracher par terre; les crachats contiennent des germes dangereux et contagieux, qui, après dessiccation, se répandant dans l'air, sont absorbés par les poumons et déterminent la phthisie, la pneumonie, la diphtérie, toutes maladies évitables par l'hygiène et la propreté.

DR ELLE.

L'atmosphère que l'on respire en lisant de mauvais romans est celle d'une tombe remplie de cadavre.

TRAITEMENT DES VEGETATIONS GENITALES CHEZ LA FEMME.

C'est au thermocautère qu'à presque toujours recours M. le Dr Le Blond, médecin de Saint-Lazare, lorsqu'il se trouve en présence de végétations de moyennes dimensions. Il préfère ainsi donner le chloroforme et en finir une bonne fois avec des végétations, qui sont, suivant lui, par trop récidivantes avec d'autres procédés. La seule critique que l'on pourrait soulever, ce serait de reprocher à la cautérisation avec chloroforme de passer à l'état de véritable opération.

Le thermo-cautère et le galvano-cautère rendent de grands services dans les grosses tumeurs, lorsque l'on donne le chloroforme, ou que l'on emploie la ligature élastique avant la section ignée. L'ablation au thermo-cautère, sans anesthésie, est trop douloureuse pour être employée ; il en est de même pour les petites tumeurs où l'anesthésie est pratiquée avec l'éther ou le chlorure d'éthyle, liquides essentiellement inflammables pouvant amener des désordres considérables.

Il est encore un cas, où la pointe du thermo-cautère est efficace et utile, c'est lorsque la section a été faite aux ciseaux et que l'on veut détruire la racine jusque dans le derme. On en obtient ainsi tout le bénéfice désirable.

10. *Végétation de l'urèthre.*—Décrivant les tumeurs polypoïdes de l'urèthre, les tumeurs douloureuses d'Alp. Guérin, M. Michaux classe les végétations en 4 catégories :

10. Les végétations dues à une hypertrophie simple d'un pli de muqueuse saine ou enflammée et qui ne récidivent jamais ;

20. Les végétations formées par des tumeurs glandulaires, constituées par l'hypertrophie glandulaire et due à l'infection blennorrhéique ;

30. Les végétations vasculaires connues sous le nom d'hémorroïdes de l'urèthre nécessitant quelques ménagements ;

40. Enfin, dans la première portion de l'urèthre et autour du méat, les tumeurs papillaires, qui sont de beaucoup les plus fréquentes et qui sont compatibles des divers traitements que nous allons exposer.

Ducs en général à l'écoulement blennorrhagique, ces tumeurs siègent sur la paroi la plus déclive, c'est-à-dire sur la

paroi inférieure du canal, mais il n'est pas rare de rencontrer vers le méat des végétations implantées sur les différentes parois. Lorsque les végétations prédominent sur la paroi inférieure, il est aisé de s'en rendre compte par le palper, qui donne sur tout le parcours du canal une sensation de nodosité en même temps qu'un épaissement de la paroi envahie.

Différents traitements ont été employés pour la curabilité de ces papillomes.

Les cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent d'abord, et les mèches de coton hydrophile, imbibées d'acide acétique pur, n'ont amené que des déceptions.

Puis, on a essayé sans succès l'arrachement et le broiement de ces tumeurs, entre les mors d'une pince à forcipresseure. Méthode douloureuse s'il en fût ! Et encore fallait-il que les végétations fussent implantées sur les bords du méat.

A côté de cette méthode douloureuse pour les végétations accessibles, existe une méthode plus simple : c'est l'excision aux ciseaux courbes avec l'anesthésie au chloréthyle et la mèche post-opératoire de coton hydrophile saupoudrée de bicarbonate de soude. Tel est le procédé de choix.

La destruction peut encore dans ce cas s'obtenir très bien par l'emploi du thermocautère ou du galvanocautère ; mais, de cette façon, il faut amener auparavant la dilatation lente de l'orifice avec des tiges de laminaire, renouvelées à chaque miction, ou se servir de l'écarteur dilateur temporaire. Ce procédé, excellent par ses résultats, a malheureusement le désavantage d'être très douloureux et de ne pouvoir être exécuté sans douleur que sous le chloroforme. Voulant montrer un inconvénient de cette dernière méthode, Stechow a rapporté une mésaventure qui lui arriva dans une intervention sur les végétations uréthrales. Ce praticien avait enlevé une 2^e fois une végétation sessile de la paroi inférieure de l'urèthre. Un an et demi après, devant la récurrence d'une végétation volumineuse sur la cicatrice, il voulut employer le thermocautère. A la suite de cette opération, il se produisit une incontinence d'urine qui nécessita plus tard une restauration et qui lui fit regretter sa cautérisation.

Si les produits néoplastiques occupent la portion profonde de l'urèthre, le curetage avec insensibilité de la muqueuse par la cocaïne est un des meilleurs procédés. Après avoir laissé dans

le canal, 10 minutes environ, une mèche imbibée et renouvelée d'une solution au 1/5 de cocaïne, on introduit une petite curette tranchante de Volkmann que l'on tient de la main droite; on porte en même temps l'index de la main gauche sur la portion uréthro-vaginale, correspondant à la paroi inférieure de l'urèthre pour en faire un plan résistant et l'on gratte d'arrière en avant. Il est bon de temps en temps d'interrompre le curetage pour nettoyer l'urèthre et le balayer du sang et des débris de végétations, avec une solution d'eau boriquée.

L'écoulement sanguin succédant à ce petit curetage, se tarit par la simple compression digitale ou celle de ouate imbibée d'eau boriquée et introduite dans l'urèthre. Le traitement consécutif doit s'adresser à l'urétrite et doit se faire avec une injection antiseptique, tel que le sublimé.

Quand la récurrence est fréquente et bien localisée, ou que la tumeur est très volumineuse et gênante pour la miction, on peut exciser cette paroi sur la ligne médiane et en réséquer une portion.

L'écouvillonnage seul, préconisé par quelques praticiens, ne peut réussir que dans les cas de végétations uréthrales saignantes et molles. Aussi doit-on avoir peu de confiance en ce moyen, qui ne peut agir que fort superficiellement.

L'électrolyse linéaire, pratiquée à titre d'essai à Saint-Lazare, n'a pas donné de meilleurs résultats que l'écouvillonnage.

Nous ne parlerons point des antiseptiques et des agents microbicides, tels que le bleu de méthylène, la fuchsine, le sublimé, que nous avons utilisés plutôt contre la blennorrhée que contre les végétations, et qui n'ont, d'ailleurs, amené, chez celles-ci, aucune modification appréciable tant qu'a duré l'écoulement blennorrhéique.

En dehors de la classification de M. Michaux, M. Terrillon cite trois cas chez des femmes où les végétations de l'urèthre et du méat étaient sous la dépendance d'une tuberculose vésicale, et, où il vit succéder à ces végétations de la cystite tuberculeuse. Ce chirurgien fait remarquer que les différentes opérations que l'on peut faire sur ces productions et en particulier les cautérisations énergiques qu'il fit, ne firent qu'exagérer les douleurs. Le soulagement, dans ces cas, ne put s'obtenir qu'au moyen d'attouchement avec une solution faible de

nitrate d'argent et le pronostic devant le processus envahisseur de la vessie devint de plus en plus grave.

20. *Végétations du clitoris.*—Sur le clitoris l'ablation d'une végétation doit être pratiquée avec toutes sortes de précautions au moyen des ciseaux, du thermocautère ou de la ligature élastique. Quoi qu'il choisisse, l'opérateur ne saurait trop se dispenser d'avoir comme préoccupation constante, le ménagement intégral de l'organe érectile.

30. *Végétation du vagin et du col utérin.*—Rares sur ces organes, les végétations y sont le plus souvent isolées et pédiculées ; et, comme toujours, elles siègent aux parties les plus déclives, c'est-à-dire dans le cul-de-sac postérieur, sur la paroi inférieure du vagin et sur la lèvre inférieure du col. Les végétations sessiles sont abrasées avec la curette tranchante et les pédiculées sont excisées aux ciseaux courbes. Puis le tamponnement vaginal bien fait avec de la ouate saupoudrée de bicarbonate de soude ou de poudres antiseptiques est presque un sûr garant de la non réapparition de l'hypertrophie papillaire.

40. *Végétations chez les femmes enceintes.*—La question de savoir s'il n'est pas nuisible d'intervenir pour des végétations durant la grossesse est toujours fort controversée. Les uns repoussent toute opération à moins que la tumeur soit par trop volumineuse et amène une gêne dans l'accouchement. D'autres, avec des preuves à l'appui, consentent et même préfèrent enlever ces nids à putréfaction, siégeant à l'entrée de la filière génitale. Verneuil est des premiers ; il prétend qu'il ne faut jamais soumettre les femmes enceintes à aucune opération si minime qu'elle soit, surtout si l'action chirurgicale porte sur la sphère génitale. Velpeau, Paniard, Tillaux, opèrent et n'ont aucun accident. Decoster rapporte à ce sujet que Després, sur 6 femmes enceintes qu'il opéra, aucune n'avorta. Velpeau fut moins heureux : sur une opération au bistouri, il eut un avortement, et Gaillet, sur 3 opérées, compta trois avortements. Guéniot dit que le traumatisme ne peut gêner en rien la grossesse, quand il n'existe aucune disposition morbide antérieure. Enfin, survint la fameuse discussion au sein de la Société de Chirurgie, où les uns ne voulaient pas entendre parler d'opérations sous prétexte que les végétations ne gênent guère l'accouchement et qu'elles dis-

paraissent d'elles-mêmes après l'acte physiologique ; où les autres la voulaient, prétendant que les végétations sont une source de souffrances vives et insupportables et de suppuration fétide, quelquefois même d'hémorrhagie grave, comme dans le cas d'Alphonse Guérin et de Charpentier.

Aujourd'hui, la plupart des accoucheurs semblent s'en tenir à la méthode antiseptique.

Dans ces cas, M. Pinard emploie simplement à l'état continu des compresses trempées dans la solution d'hydrate de chloral au 1/40 et en retire de bons résultats. Pour M. Porak, le mieux est de commencer dès le début de la grossesse à soigner les végétations par l'antisepsie et d'intervenir dans les cas de gêne. Durant la gestation il fait des cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent au 1/50 et au 1/25 pour détruire et stériliser ces produits hyperplasés. Si l'emploi du nitrate argentique n'est pas suivi de douleurs, ni de contractions utérines, qui fassent prévoir que l'on ait affaire à une femme dont l'utérus soit particulièrement irritable, on peut utiliser des caustiques plus énergiques ou l'instrument tranchant. L'acide chromique et le nitrate acide de mercure sont les caustiques auxquels M. Porak donne la préférence. Au moment de l'accouchement et pendant les couches, il est bon de faire des lavages avec une solution de nitrate d'argent au 1/100.

S'il arrivait, par hasard, que des tumeurs papillaires fussent très considérables et pussent entraîner une gêne pour l'expulsion de l'enfant, on fera toujours bien d'intervenir. On se souviendra que toutes végétations chez les femmes enceintes reposent sur des tissus gorgés de sang et gonflés par des veines en état de dilatation variqueuse et que l'on peut par une opération intempestive créer une hémorrhagie grave, une phlébite, une adénite ou un avortement. Pour se mettre à l'abri de l'imprévu, il sera bon d'appliquer l'excision en 2 temps : d'abord la ligature élastique pour atrophier les tissus et les vaisseaux de la végétation et le thermocautère pour faire la section du pédicule.

Traitement interne. — Plusieurs praticiens ont cherché à agir sur les végétations par les médicaments donnés par la voie gastro-intestinale et ainsi à en obtenir la regression. Ils y sont, paraît-il, arrivés. A côté d'eux, d'autres, sans doute,

se sont plu à reconnaître que ce traitement, appliqué durant des mois, ne pouvait que prévenir l'apparition et arrêter le processus hyperplastique. C'est ce que nous croyons le plus volontiers. La plupart se sont adressés au thuya occidentalis. M. Constantin Paul a obtenu ainsi une guérison de nombreuses végétations non syphilitiques avec XXX gouttes matin et soir de thuya occidentalis. Dans les cas rebelles, il conseille de recourir à des doses plus fortes (la teinture n'étant pas toxique). M. Menier, dans sa thèse du traitement des végétations par la teinture de thuya occidentalis, rapporte plusieurs faits de guérison. Cette teinture qu'il faisait prendre à l'intérieur à la dose de X à XX gouttes, lui fit voir, au bout de quelques jours, les végétations se faner, s'atrophier et s'émietter pour disparaître complètement.

Depuis ces recherches, faute de preuves aussi convaincantes, la méthode est retombée dans l'oubli.

Enfin, comme conséquence logique du traitement local, appliqué contre l'acidité de l'écoulement blennorrhagique, cause de la production des végétations, nous donnons systématiquement à toutes les femmes, atteintes de végétations, le bicarbonate de soude à l'intérieur à la dose de 2 à 5 gr., car nous avons tout lieu de penser que cet alcalin agit par son absorption sur tous les liquides de l'organisme.

Traitement général. — Chez les diabétiques, le traitement général doit chercher et parvenir à diminuer, faire disparaître même, par un régime approprié, la glycosurie des urines qui entretient l'inflammation particulière des organes génitaux et le prurit intense qui l'accompagne. Les individus porteurs de grosses végétations suintantes ou ulcérées et qui ont été quelque temps sous l'action de l'anémie et la fièvre consécutives devront être relevés par les toniques et les fébrifuges comme le sulfate de quinine en même temps qu'ils seront soumis aux soins généralement accordés aux lésions locales. Et, le traitement général, qui semblait au 1er abord superflu, démontrera dans ces cas toute son utilité.

En forme de conclusion, nous dirons tout d'abord : 1o que les végétations étant le produit d'une hyperactivité des papilles du derme, occasionnée par l'acidité d'écoulements divers (blennorrhagie le plus souvent), il faut modifier cet état par l'antisepsie et neutraliser le terrain par des alcalins. On at-

teindra ce but en faisant choix avant toute intervention, de lavages avec la liqueur de Labarraque. Ce traitement seul a suffi, dans certains cas, à amener souvent l'arrêt, quelquefois même la régression des végétations. 2o Puis, la région qui conserve ces hyperplasiés papillaires, ne demandant qu'à s'enflammer au moindre contact ou frottement, devra en être rapidement débarrassée. De tous les moyens que nous avons passé en revue et que nous avons essayé nous-même, nous préférons ceux-ci: Toutes les végétations sessiles ou pédiculées doivent être traitées par l'excision; les petites et les moyennes aux ciseaux avec anesthésie au chlorure d'éthyle, les grosses seules, au thermocautère avec le chloroforme. Seules, les végétations de l'urèthre postérieur sont susceptibles de la cocaïne et de la curette tranchante. 3o L'opération terminée, il reste à combattre la récidive: d'abord en traitant par les moyens appropriés la blennorrhagie localisée; puis en entretenant un terrain réfractaire à la repullulation.

A ce propos, nous ne saurions encore trop recommander les fréquents lavages avec la liqueur de Labarraque, et les applications répétées de ouate saupoudrée de bicarbonate de soude donnant, en dehors de son action chimique l'avantage d'isoler les parties qui ont été atteintes de végétations et qui ont déjà commencé à subir une légère macération.

SUR LES QUANTITES DE PHOSPHORE CONTENUES DANS LES FARINES,

PAR M. BALLAND.

Les dosages du phosphore dans les blés et les farines ont été effectués, jusqu'à ce jour, sur les cendres de ces produits: or on sait, par les travaux de la Station de Chimie végétale de Meudon, que ce mode de dosage donne des résultats trop faibles, une partie du phosphore se trouvant dans les végétaux sous la forme de composé organique qui échappe à une incinération, même très ménagée.

J'ai repris cette étude, avec le concours d'un jeune chimiste, M. Droz, en opérant directement sur les produits à l'état normal.

Si l'on rapporte les résultats au pain qui est, en France,

la base de l'alimentation, on trouve que 1 kilogramme de pain à 35 pour 100 d'eau contient approximativement :

	P.	PO.	
Pain de munition avec farine blutée à 80 pour 100.....	1,04	2,47	
Pain de munition avec farine blutée à 70 pour 100.....	0,91	2,16	
Pain des hôpitaux civils de Paris	0,85	1,96	
Pains des boulangeries civiles	}	0,53	1,23
		à	à
		0,78	1,82

De semblables écarts existent pour l'azote; ils justifient les doléances des boulangers, qui se plaignent d'avoir des farines de moins en moins panifiables.

J'ai signalé, depuis longtemps, l'affaiblissement progressif du gluten dans les farines : il tient à différentes causes ; mais, avant tout, au mode de mouture par cylindres, et aux perfectionnements apportés dans les bluteries au cours de ces dernières années. Dans les farines douze-marques que nous avons étudiées, on ne rencontre presque plus ces débris cellulodiques qui sont si abondants dans les farines de meule.

Pour répondre efficacement aux *desiderata* exprimés par le Syndicat général de la Boulangerie, il faudrait amener le consommateur à exiger du boulanger un pain moins blanc....

LES BAINS MÉDICAMENTEUX EN DERMATOLOGIE.

M. le docteur Tansard a consacré sa thèse à l'étude des bains médicamenteux dans le traitement des dermatoses, en donnant toutes les indications nécessaires à leur administration.

Bain glycériné émollient.

Glycérine..	56 grammes.
Gomme adragante..	28 —

On jette ce mélange dans l'eau du bain. Cette formule est employée particulièrement par les Anglais dans le traitement de l'ichtyose. En suivant cette méthode les médecins qui la préconisent auraient obtenu les meilleurs résultats.

La température du bain doit être celle du bain tiède, afin de ne déterminer aucune réaction inutile du côté de la peau.

Quant à sa durée, elle peut osciller suivant les cas entre une demi-heure et une heure.

Bain de sublimé.

Le bain de sublimé peut se donner de différentes façons :

Sublimé.	} à 15 à 30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	

Pour un bain de 200 litres.

On peut encore procéder de la façon suivante :

Sublimé.	20 grammes.
Alcool à 90°.	50 —
Eau.	200 —

On jette cette solution dans l'eau du bain.

Ce dernier procédé présente un avantage sur le précédent, c'est de rendre la peau plus lisse et plus onctueuse au toucher.

Bain à l'acide borique.

On met de 100 à 250 grammes d'acide borique par bain.

Ce bain présente l'avantage d'être toujours très facilement toléré; il peut, de plus, jouer un rôle important comme antiseptique. On l'emploiera donc avec des chances de succès dans toutes les infections cutanées telles que l'impétigo, les eczémas infectés revêtant d'aspect impétigineux, les ulcères, les folliculites.

Ce bain paraît surtout indiqué lorsque, par suite de l'étendue des lésions, le médecin se trouve obligé d'employer un antiseptique faible par crainte de l'intoxication.

Le bain d'acide borique paraît surtout s'appliquer aux cas où l'on veut désinfecter un malade dont la peau présente de nombreuses crevasses ou même des ulcérations. On peut remplacer l'acide borique par le borate de soude.

Il est particulièrement indiqué dans le traitement du psoriasis.

Bain au carbonate d'ammoniaque.

On fera dissoudre la veille du bain 100 à 200 grammes de substance active dans 1 litre d'eau, car ce sel est difficilement soluble dans l'eau. Et l'on mélangera la solution à l'eau du bain.

M. Tansard insiste sur les bons résultats que l'on peut obtenir avec ces bains dans le psoriasis et cite deux observations où les effets furent particulièrement favorables. Les bains doivent être quotidiens; dans les deux cas, la guérison ou pour mieux dire le blanchiment était à peu près complet en un mois, ce qui n'avait été obtenu par aucun autre procédé.

Bains d'huile de cade. Procédé de M. Balzer.

Voici la formule que M. Balzer emploie habituellement. C'est elle qu'après de nombreuses expériences il conseille dans le traitement du psoriasis et de l'eczéma séborrhéique.

Cette méthode présente l'avantage de plonger le malade dans une véritable émulsion cadique, ce qui permet au médicament d'agir d'une façon beaucoup plus efficace que dans toutes les autres méthodes.

Huile de cade..	50 grammes.
Jaune d'œuf	no 1
Extrait de quillaya fluide..	10 —
Eau.	Q. s. pour 250 —

On obtient ainsi une émulsion qui se mélange parfaitement à l'eau du bain.

On peut varier cette formule en remplaçant l'huile de cade par le goudron de Norvège, l'huile de bouleau ou l'huile de hêtre.

Mais il faut avoir soin, pour éviter un écueil qui ferait complètement échouer le traitement, de bien mélanger la préparation indiquée dans un peu d'eau très chaude, il faut au besoin agiter fortement afin que le mélange de l'eau et du médicament soit plus intime, et c'est alors seulement que l'on devra jeter dans l'eau du bain l'émulsion ainsi produite. On évitera ainsi de donner au malade un bain d'eau pure recouvert d'une couche d'huile de cade plus ou moins épaisse, comme cela arrive souvent.

Ces bains sont contre-indiqués chez les enfants. Leur principale indication réside dans le traitement du psoriasis, mais on peut encore les employer contre l'eczéma infiltré, la lichénification de la peau, l'ichtyose, le prurigo, les tricophyties cutanées et le pityriasis versicolore, la dermatite exfoliatrice, le pityriasis rubra de Hebra.

Bain térébenthiné.

Essence de térébenthine..	100 grammes.
Emulsion de savon noir..	200 —

Peu employé en dermatologie, le bain térébenthiné est conseillé par M. le docteur Balzer dans le traitement de la pelade généralisée. Il donne surtout de bons résultats lorsqu'on l'emploie contre le rhumatisme blennorrhagique et la sciatique. Il doit toujours être pris aussi chaud que possible.

REponses Succinctes aux Correspondances Resumées.

J'exerce avec un confrère qui prétend guérir toutes les maladies chroniques avec un merveilleux sérum iodé, pouvez-vous, s'il vous plaît, me donner la formule d'un semblable sérum?

Dr T.

SÉRUM IODÉ.

Phosphate de soude.. 3 grms
Sulfate de soude.. .. 10 "
Iodure de sodium .. 10 "
Eau distillée.. .. 100 "
Dose à injecter, 20 centimètres cubes.

La sérothérapie curative du tétanos étant sans valeur il faut, dites-vous, réserver le sérum pour des injections préventives; or quel procédé faut-il suivre?

Dr R.

Dès que l'indication est posée, il faut faire une injection de 10 centimètres cubes de sérum le premier jour, une deuxième injection le troisième jour et une troisième le dixième jour, et si la plaie tétanigène guérit très lentement, il sera prudent de renouveler l'injection préventive tous les quinze jours.

Par quel moyen rapide peut-on savoir si le rein élimine l'acide salicylique?

Dr B.

Si l'urine contient de l'acide salicylique en y ajoutant quelques gouttes de perchlorure de

fer, vous obtiendrez une coloration violette.

On n'a présenté aucun amendement à notre charte, à la dernière session du parlement de Québec. Notre collègue a-t-il abandonné l'idée de la refonte de la loi médicale?

Dr C.

Un comité spécial du collège des médecins et chirurgiens prépare actuellement un projet de loi qui sera soumis aux membres du bureau des gouverneurs au mois de juillet prochain, puis aux législateurs de notre province.

Le sérum gélatiné ou le chlorure de calcium, lequel des deux a une plus grande action hémostatique?

Dr L.

Le chlorure de calcium par ses effets sur la coagulation du sang est le traitement de choix des hémorrhagies de nature diathésique.

MM. Camus et Gley viennent de démontrer que si la gélatine commerciale possède une action hémostatique, c'est parce qu'elle renferme toujours une certaine quantité de chaux. Les expériences faites avec la gélatine décalcifiée en injection intravasculaire ont prouvé que la masse sanguine ainsi diluée devenait moins coagulable.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL ET LE BILL RODDICK.

M. le directeur,

J'ai parcouru le Bill Roddick que vous avez publié; et, j'ai lu et relu le rapport de la Société Médicale, cherchant en vain un amendement sérieux qui en modifie ses pouvoirs.

On a fait une traduction plus française de la loi; on a apporté, comme on le dit, des changements *kaléidoscopiques* qui s'adressent plus aux yeux qu'à la raison.

Or comment se fait-il que l'on vienne nous dire : "Le Bill Roddick tel qu'amendé par le comité n'offre plus d'inconvénients et est acceptable par tous les médecins." Le bulletin de Québec vient de répondre que le comité de la Société de Montréal n'a apporté aucune modification à cette loi pouvant gagner de nouvelles adhésions.

L'objection principale existe toujours, savoir : "Ce Bill paraît porter atteinte aux droits de notre province en matière d'éducation."

Voilà toute la question, tel est le point d'appui de tous les médecins qui sont opposés à cette législation. De quelle manière le comité a-t-il répondu ? Quelle solution nouvelle a-t-il proposée ? On n'a rien fait pour résoudre ce problème et pour prouver que les droits de la province de Québec ne sont pas plus violés que ceux des autres provinces de la confédération. Cependant, en *modestes jeunes savants*, ce comité a conclu que le Bill Roddick tel qu'amendé par la Société Médicale de Montréal est l'expression juste et sincère d'une législation parfaite.

Il ne faut pas vouloir ainsi leurrer les membres de la profession médicale ; si l'on était réellement sérieux et si l'on avait véritablement des amendements à proposer, ce n'est pas à la chambre de Québec où il faut aller, mais bien à la chambre des députés à Ottawa. Lorsque ce projet de loi a été discuté à Ottawa la Société de Montréal a été muette comme une carpe. Si l'on est en faveur de l'organisation d'un bureau central, qu'on le dise sans détour, sans louvoyer, qu'on ait le courage de son opinion ; et, ce ne sont pas des arguments éloquents qui manquent pour défendre une bonne cause.

DOCTEUR LEX.

LE TRAITEMENT DE LA "FROUSSE" DES ETUDIANTS.

Un médecin américain conseille aux étudiants, pour combattre l'asthénie nerveuse qui, au moment d'un examen, paralyse leurs facultés et leur fait perdre le fil de leurs idées, de prendre 3 fois par jour 10 gouttes de teinture de gelsemium.

Dans le même but, un spécialiste anglais prescrivait aux acteurs et aux chanteurs au moment d'entrer en scène le laudanum de Sydenham. Cinq à six gouttes de laudanum suffiraient pour donner à l'actrice la plus timorée l'aplomb d'un vieux "brûleur de planches."

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

(Séance du 28 avril 1903.)

Présidence de M. le docteur Dubé.

M. VALIN présente deux malades souffrant d'alopecie, chez l'un il faut reconnaître pour cause le favus, chez l'autre la trichophytie. Le parasite du favus n'est pas encore découvert, mais c'est une affection contagieuse rare, et relativement grave, car elle laisse des traces d'alopecie cicatricielle. Après avoir décrit les caractères classiques du favus typique et son évolution clinique différente de la teigne, causée par le trocophyton, M. Valin passe au traitement qui est généralement de 4 à 5 mois et consiste en lavage au savon mou, à l'eau oxygénée, et en application de pommades à l'huile de cade, à l'acide salicylique, au Baume du Pérou, huile de pétrole, etc.

M. Valin présente aussi un autre malade atteint de lymphangiectasie du scrotum et d'engorgement ganglionnaire des aines: ces vaisseaux lymphatiques dilatés laissent quelquefois couler une chopine de lymphes, le traitement médical donnant peu de résultat, il demande s'il n'y aurait pas lieu de tenter une intervention chirurgicale.

M. MERCIER, ALPHONSE, parle en faveur de l'ablation des vaisseaux lymphatiques.

M. MERCIER, O. F., considérant l'état des ganglions superficiels et profonds, a peu de confiance au succès d'une intervention et cite plusieurs cas où les vaisseaux lymphatiques continuèrent à sécréter par les lèvres de la plaie.

M. PLAMONDON donne lecture d'un travail très élaboré sur le traitement de l'amygdalite chronique; après avoir passé en revue les nombreux traitements médicaux et les applications locales, il parle des différents modes de traitement chirurgicaux et des avantages de l'anse galvanique sur tous les autres procédés.

M. BOULET dit que c'est par préjugés que l'on croit que l'ablation de l'amygdale change la voix, prédispose aux infections de l'arbre aérien ou encore qu'elle repousse.

Il est en faveur d'opérer toutes amygdalites chroniques et même les amygdalites tuberculeuses.

M. MERCIER, O. F., rapporte la guérison d'une obstruction du pylore de nature cicatricielle par la gastro-entérostomie qu'il a

faite chez un homme âgé de 45 ans, souffrant depuis une année d'indigestion et d'hématémèse qui lui empêchait de prendre toute nourriture solide. Douze jours après l'opération le malade, complètement guéri, mangeait toute espèce d'aliments. M. Mercier a fait une gastro-entérostomie antérieure d'après le procédé de Tuffier et rejette l'emploi du bouton de Murphy, comme étant inutile et dangereux.

M. ST-JACQUES a vu M. Tuffier obtenir d'excellents résultats par cette méthode et rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle il a fait la gastro-entérostomie; il insiste sur l'importance de trois plans de suture qui préviennent l'hémorragie et donnent une anastomose plus parfaite.

M. DE MARTIGNY est contre l'usage du bouton Murphy pour ces cas, il le réserve pour les interventions sur l'intestin grêle et recommande une alimentation hâtive qui favorise rapidement la guérison du malade bien opéré.

M. DUBÉ rapporte l'observation d'une malade qu'il a fait opérer pour cancer du pylore, l'opération a très bien réussi; huit jours après, la malade est morte guérie, l'autopsie ayant démontré que les sutures avaient amené une anastomose complète; mais il était trop tard pour triompher de l'inanition.

NOUVELLES

Loi votée à la dernière session du parlement de Québec établissant une nouvelle procédure pour être admis à l'exercice d'une profession au moyen d'un bill privé :

“ NUL NE PEUT :

(a) S'il est imprimeur du roi, publier dans la *Gazette Officielle de Québec* un avis qu'un projet de loi sera présenté à l'une ou à l'autre des chambres de la Législature de Québec à l'effet d'autoriser l'admission à l'étude ou à la pratique d'une des professions libérales : ou —

(b) S'il est greffier ou greffier des bills privés d'une des chambres de la Législature de Québec, recevoir un tel projet ni le faire imprimer :—

A moins que l'avis ou le projet de loi ne soient accompagnés d'un certificat constatant que le projet a été APPROUVÉ par

le bureau ou conseil d'administration de la profession dont il s'agit."

On vient d'inventer un nouveau mode de désinfection rapide au moyen d'un appareil pouvant faire le vide dans une chambre et permettre aux agents antiseptiques d'agir d'une manière plus sûre et plus efficace.

La société d'hygiène de Paris étudie actuellement les multiples avantages d'une plateforme roulante souterraine pour desservir les grands boulevards. 22,000 sièges seront à la disposition des voyageurs, la foule, l'encombrement seront inconnus, l'arrivée et le départ se feront au fur et à mesure, les personnes n'attendront jamais et n'auront à subir aucun gênant et dangereux courant d'air.

La statistique nous apprend que la morbidité des organes respiratoires et que la mortalité de la pneumonie a augmenté de 20 p. 100 durant l'hiver dernier à cause de la disette du charbon dur et de l'usage de l'infecte charbon mou.

Au No 11 de la rue Bleury la ligue antituberculeuse a ouvert un bureau où tous les médecins pourront s'adresser pour recevoir un secours nécessaire aux tuberculeux indigents.

La ville de Paris compte 2,600 médecins pratiquant. Parmi ceux-ci 40 ont un revenu annuel variant entre \$60,000 à \$40,000, 50 reçoivent environ \$20,000 ; 50 environ \$10,000 ; 200 touchent \$10,000 à \$6,000 ; 200, \$6,000 à \$4,000 et 1,700 reçoivent en moyenne \$725 par an.

Mardi le 28 avril, madame Browning donnait une jolie réception au No 49 de la rue McGill à l'occasion de l'ouverture de l'hôpital Glengary où tous les médecins seront les bienvenus pour traiter ou opérer leurs malades.