

MONTREAL-MEDICAL

VOL. V

15 NOVEMBRE 1905

No 9

A NOS LECTEURS

“ LE MONTRÉAL-MÉDICAL ”, en devenant la propriété de la “ PUBLICITÉ GÉNÉRALE COSMOS ”, continuera comme par le passé à se dévouer aux intérêts scientifiques et professionnels de tous les médecins de la province de Québec.

Nous poursuivrons sans cesse le même but, celui d'être le plus utile possible aux praticiens occupés qui réclament un exposé méthodique, clair et succinct de toutes les méthodes nouvelles et des récentes applications thérapeutiques qui apparaissent chaque jour.

“ LA PUBLICITÉ COSMOS ” augmentera bientôt le nombre des pages de cette revue et offrira une légitime rétribution à tous les collaborateurs qui voudront bien nous adresser des travaux originaux, fruits de leurs études ou de leurs observations personnelles.

La Compagnie se propose aussi de donner naissance à une nouvelle Revue Scientifique et Sociale qui devient une nécessité pour un jeune pays en voie de rapide développement et qui sera demain aux prises avec toutes les graves questions sociales qui agitent la vieille Europe.

Ce nouvel organe fournira à toutes les plumes alertes, l'occasion d'écrire sur les importants sujets d'économie sociale et politique qui sont trop inconnus de la société actuelle.

La profession médicale recevra, nous l'espérons, avec plaisir ce nouveau tonique de l'intelligence et de la raison qui sera une utile et agréable distraction apportée aux études ardues de la science médicale.

LA DIRECTION.

CONGRES INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

COMMUNICATION DE M. LE PROFESSEUR VON BEHRING.

Au cours des deux dernières années, je suis arrivé à reconnaître avec certitude l'existence d'un principe *curateur* complètement différent du principe antitoxique décrit par moi il y a quinze ans.

Ce nouveau principe curatif joue le rôle essentiel dans l'action immunisatrice de mon "bovovaccin" qui, depuis quatre ans, a fait ses preuves dans la pratique agricole pour la lutte contre la tuberculose des bovidés.

* * *

Ce principe repose sur l'imprégnation des cellules vivantes de l'organisme par une substance provenant du virus de la tuberculose et que je nomme TC.

Lorsque la TC est devenue une partie intégrante des cellules de l'organisme des animaux traités par elle et qu'elle est métamorphosée par ces cellules, je la désigne sous la formule TX.

Dans le bacille de la tuberculose, la TX, ou pour mieux dire la TC préexiste, comme un agent doué d'un grand nombre de qualités extraordinaires. Cet agent remplit, dans le bacille tuberculeux, la fonction de substance *formative*. En outre, il possède des qualités *fermentatives* (et spécialement *catalytiques*).

Cet agent peut fixer d'une manière élective, par contact, d'autres substances (phénomène qu'on a nommé "*adsorption*"); de plus, dans certaines conditions, il possède des qualités *assimilatrices*. En un mot, il représente le "principe quasi vital" des bacilles.

Pour moi, dans le processus d'immunisation des bovidés contre la tuberculose, la TC des bacilles est délivrée des substances accidentelles; elle exerce une action symbiotique à l'intérieur des cellules organiques, en particulier dans les éléments cellulaires qui dérivent des centres germinatifs du tissu lymphatique. La présence de la TC est la cause, d'une part, de l'hypermensibilité à la tuberculine de Koch, et, d'autre part, de la réaction protectrice contre la tuberculose.

La route a été longue par laquelle, après avoir vaincu bien des obstacles, je suis arrivé à la conception, esquissée ci-dessus, du mode d'immunisation anti-tuberculeux. Cette conception

d'une immunité *cellulaire*, qui est toute différente de l'immunité *humorale* antitoxique, je tiens à dire que je n'y serais pas parvenu sans la connaissance très intime des travaux de Metchnikoff sur la phagocytose.

Si je voulais présenter en détails les preuves démonstratives de l'exactitude de ma conception, je serais obligé de vous retenir de longues heures. J'en ai exposé une partie dans le premier fascicule d'un livre qui sera intitulé: "*Problèmes modernes phtisogénétiques et phtisiothérapeutiques éclairés par l'Histologie*". Quelques passages de ce premier fascicule viennent de paraître dans le "Tuberculosis" (septembre 1905).

Je ne veux ici que tenter de décrire la nature et le mode d'action de la nouvelle méthode thérapeutique née de mes études scientifiques sur la tuberculose.

Cette nouvelle méthode est, je le crois, appelée à protéger les hommes, menacés par la phtisie, contre les conséquences nocives de l'infection tuberculeuse. Je considère comme un grand honneur de pouvoir faire, devant l'assemblée générale du Congrès de Paris, une courte communication sur "un moyen de lutter contre la tuberculose par un remède nouveau."

* * *

Je suppose connue ma méthode de vaccination contre la tuberculose des bovidés. Sans que j'aie besoin d'insister, on voudra bien admettre que j'ai envisagé toutes les possibilités d'appliquer ce procédé en vue de combattre la tuberculose de l'homme. Mais mon expérience m'a fermement décidé à renoncer définitivement à introduire dans le corps humain, pour un but thérapeutique, des bacilles tuberculeux vivants.

Ainsi, le traitement antituberculeux, chez l'homme, commence pour moi avec la découverte du remède dont je vais parler.

Après l'esquisse, tracée plus haut, du mode d'immunisation contre la tuberculose, il sera compréhensible, sans plus de détails, que je me sois efforcé, sans trêve ni repos, d'épargner à l'organisme le travail, toujours long et pénible, de l'élaboration de la TC. J'y suis arrivé par des expériences *in vitro*. J'ai transformé l'immunisation *active*, pour parler comme Ehrlich, en une immunisation *passive*. Je puis vous donner l'assurance

que j'ai rarement éprouvé dans ma vie plus de joie que pendant les jours, les semaines et les mois où le lien causal qui relie la *vaccination* à l'*immunité* m'est apparu avec une clarté toujours croissante, grâce à l'observation réitérée d'innombrables expériences sur les animaux: une énigme, après l'autre, s'éclaircissait, quant à la nature et au mode d'action du sérum antidiph-térique!

Condensant en quelques mots les résultats de mes travaux, je dirai que, pour libérer la TC. des substances empêchant son action thérapeutique, il est bon de distinguer trois groupes de substances bacillaires.

1° Une substance *soluble seulement dans l'eau pure*, et qui possède une action fermentative et catalytique. De cette substance soluble dans l'eau dérivent les parties toxiques de la tuberculine de Koch. Cette substance a toutes les qualités chromophiles, physiques et chimiques de la *VOLUTINE*, décrite par notre botaniste de Marbourg, Arthur Meyer. Je nomme cette substance TV.

Pour donner une idée du pouvoir toxique de la TV, je puis dire qu'*un gramme* de cette substance, à l'état sec, est plus puissant qu'*un litre* de tuberculine de Koch.

2° Une substance globulineuse, soluble seulement dans un sel neutre (par exemple le chlorure de sodium à 10 p. 100); cette substance est nommée par moi TGL; elle, aussi, est toxique à la façon de la tuberculine de Koch.

3° Plusieurs substances *non toxiques*, solubles seulement dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc.

Une fois que le bacille tuberculeux a été délivré de ces trois groupes de substances, il lui reste un corps, que je désigne sous le nom de *RESTBACILLUS*.

Ce Restbacillus possède encore la forme et les qualités tinctoriales des bacilles tuberculeux. Au moyen de préparations convenables, il peut être modifié de façon telle qu'il devienne une *substance amorphe* directement résorbable par les cellules lymphatiques du cobaye, du lapin, du mouton, de la chèvre, des bovidés et des chevaux.

La substance amorphe est élaborée et métamorphosée par les cellules lymphatiques de ces différents animaux et ces cellules

deviennent oxyphiles ou éosinophiles. Parallèlement aux métamorphoses des cellules sous l'influence de la TC, l'état d'immunité de l'organisme évolue.

Un fait fondamental est que la TC, substance non reproductible, possède cependant le pouvoir de donner naissance au tubercule. *Le tubercule ainsi créé ne se caséifie pas et ne se ramollit jamais.* Il correspond exactement à la "granulation tuberculeuse de Laënnec". Dans certaines conditions, la TC peut déterminer aussi l'"infiltration grise" et l'"infiltration gélatiniforme" de Laënnec.

Par des expériences sur différents mammifères, j'ai pu me convaincre que la TC, préexistant comme je l'ai dit dans les bacilles tuberculeux, peut être élaborée *in vitro*, de façon à en faire un remède qui pourrait être aussi appliqué sans danger à la thérapeutique humaine. La partie thérapeutique de mon livre, qui devrait paraître l'année prochaine, ne verra le jour que quand l'efficacité thérapeutique et l'innocuité de mon nouveau remède auront été démontrées par des cliniciens autrement versés que moi dans la connaissance des variétés individuelles de la phthisie pulmonaire et de son pronostic.

D'autre part, il me paraît nécessaire que d'autres savants, travaillant dans d'autres laboratoires, contrôlent l'action thérapeutique de mon remède sur les animaux et constatent le fait qu'on ne connaît pas encore, jusqu'à ce jour, un agent thérapeutique ayant une pareille valeur.

Vous savez que, jusqu'ici, la tuberculine de Koch et sa nouvelle tuberculine (TR), le sérum de Maragliano, celui de Marmorek, ainsi que plusieurs autres préparations signalées comme spécifiques, auraient eu, au dire de leurs inventeurs, une efficacité préventive ou curative; mais vous savez aussi qu'à leur suite, beaucoup d'autres observateurs ne sont pas parvenus à obtenir d'aussi bons résultats, surtout sur le cobaye.

J'espère être plus heureux et j'espère que tous les savants auxquels, après mon retour à Marbourg, je confierai mon remède pour qu'ils l'expérimentent, obtiendront, dans leurs laboratoires, d'aussi bons et même de meilleurs effets thérapeutiques que moi-même.

Je vous prie de ne pas oublier que ma communication d'aujourd'hui rappelle singulièrement celle que je faisais en 1890

“ sur un nouveau remède contre la diphtérie ”. Ma conviction de l'importance capitale de cette découverte a été, au cours de ces quinze années, confirmée dans le monde entier, d'une façon éclatante.

Mais, après ma communication, il ne s'écoula pas moins de quatre ans avant que les praticiens prissent confiance. Peut-être aurais-je dû attendre plus longtemps encore la reconnaissance de l'exactitude et de l'importance de mes assertions scientifiques, si mon grand ami, M. Emile Roux, ne s'était levé, à Buda-Pesth, pour combattre avec moi la diphtérie, “ tueuse d'enfants ”!

* * *

Combien de temps s'écoulera encore pour que la découverte et l'utilisation de mon nouveau remède contre la tuberculose reçoivent la consécration publique qui lui donnera la constatation de sa valeur pratique? Je l'ignore. Bien des facteurs peuvent intervenir ici: ma joie au travail et mon activité, mon habileté de tacticien, et aussi la bonne fortune: qu'elle me donne un compagnon de lutte de la valeur de Roux, ayant la même force conquérante et le même désintéressement à l'abri de tout soupçon! et alors j'espère que le prochain Congrès de la tuberculose prendra note des progrès considérables accomplis dans la lutte contre la phthisie humaine.

PREMIÈRE ÉTAPE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. DIAGNOSTIC PRÉCOCE PAR L'AUSCULTATION

M. le professeur Grancher, dans une étude riche de documents et d'observations cliniques, montre la valeur de l'auscultation rigoureusement pratiquée pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, et il aboutit aux conclusions suivantes:

10. Il convient de reporter le diagnostic de la tuberculose, fait par l'étude des signes physiques, à une période beaucoup plus rapprochée du début de l'évolution du tubercule dans le poumon;

20. Le diagnostic, tel qu'il est fait actuellement, sous le

nom de première période ou premier degré, est un diagnostic tardif;

30. Le premier symptôme physique de la tuberculose pulmonaire ou ganglio-pulmonaire est une inspiration anormale;

40. Cette inspiration anormale, quand elle est fixe et persistante au même point, est, à elle seule, le signe certain de la tuberculose;

50. La curabilité de la tuberculose étant proportionnelle à la précocité du diagnostic, on conçoit l'importance qu'il y a de reconnaître cette maladie aussitôt que possible;

60. Ce diagnostic précoce, si important pour le malade, est au moins aussi important pour la société tout entière, car au cours de la première et de la seconde étape, le malade tousse très peu ou ne tousse pas; il est donc inoffensif pour son entourage. Traitée et guérie à cette époque, la tuberculose cesse d'être contagieuse;

70. La tuberculose comporte deux étapes et trois périodes. C'est au cours des deux étapes qu'il faut la reconnaître, et non pas au cours de ses périodes;

80. Pour faire le diagnostic, le médecin, au début de la maladie, ne doit pas se contenter d'examiner dans une famille le malade pour lequel on l'appelle. Il doit aussi, et systématiquement, ausculter les membres de la famille pour peu qu'ils soient suspects et faire ainsi le dépistage de la maladie, alors qu'elle est méconnue de tous. Très souvent, il trouvera autour du malade la première ou la seconde étape en évolution, et son devoir strict sera d'imposer le traitement à ces malades ignorants de leur propre mal.

Ainsi faisant, il rendra les plus grands services, et à la famille dont il a charge, et au corps social.

M. d'Espine, de Genève, rend hommage à son ami le professeur Grancher, qui a donné le moyen de dépister les premiers signes de la tuberculose pulmonaire; mais pour sa part, et d'après son expérience, il insiste sur le diagnostic précoce de l'adénopathie bronchique. Il y a une série d'enfants pour lesquels nous ne trouvons rien à l'auscultation rigoureuse, et chez lesquels l'adénopathie bronchique se reconnaît par le retentissement vocal en un point de la région interscapulaire, au voisinage de l'épine de l'omoplate.

LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE DES ENFANTS ET SON TRAITEMENT

PAR M. LE PROFESSEUR AVIRAGNET.

La péritonite peut être localisée; parfois on constate de la périhépatite tuberculeuse qui peut se terminer par un abcès; le plus souvent elle se généralise et affecte l'une des trois modalités suivantes: ascitique, fibro-caséuse, fibro-adhésive, si elle est chronique, la péritonite tuberculeuse aiguë n'ayant, au point de vue clinique, qu'un intérêt secondaire. L'infection du péritoine se fait, a-t-on dit, par l'intestin; or, il est exceptionnel dans les autopsies de constater de l'entérite tuberculeuse avec ulcérations; il semble que la musculature offre aux bacilles une barrière qu'ils ne peuvent franchir. Cette infection a-t-elle lieu par les ganglions du mésentère? Ces ganglions sont d'ordinaire pris dans les cas de péritonite tuberculeuse, mais le plus souvent, chez des enfants tuberculeux, on trouve des ganglions tuberculeux du mésentère sans qu'il y ait pour cela péritonite tuberculeuse.

Si donc ce mode d'infection est possible, du moins n'est-il pas la règle.

L'infection se fait-elle par la plèvre? Il est fréquent, chez les enfants atteints de péritonite tuberculeuse, de trouver des lésions de la plèvre, mais on rencontre également souvent des lésions du péritoine sans pleurite. Il est plus probable que l'infection soit d'origine sanguine; chez ces enfants atteints de péritonite, il y a toujours de la tuberculose à l'état latent, il doit donc se produire, à un moment donné, une infection sanguine qui ensemence un organe plutôt qu'un autre. Si cet ensemencement a lieu sur le péritoine, on le trouve parsemé de granulations tuberculeuses fines et on se trouve en présence de la forme ascitique qui peut guérir sans laisser de traces; au point de vue clinique, on trouve, avant l'ascite, une période de troubles digestifs, d'amaigrissement et de fièvre légère; l'ascite tuberculeuse se développe lentement, graduellement. Durant longtemps, on ne constate rien d'autre que cette ascite, qui peut guérir, soit spontanément, soit après une seule ponction; le ventre peut rester ensuite absolument souple et normal; parfois aussi l'ascite, en disparaissant, laisse après elle une petite

masse dure et l'enfant arrive ainsi à la deuxième forme de péritonite tuberculeuse, la forme fibro-caséuse qui confirme la nature tuberculeuse de cette ascite, nature que peut encore prouver l'intervention chirurgicale qui permet de voir le semis de granulations sur le péritoine.

Comment déterminer la nature tuberculeuse d'une ascite? On écartera la néphrite puisqu'il n'y aura ni anasarque, ni albumine; on écartera les lésions du cœur puisqu'on ne verra pas d'asystolie; l'évolution de cette ascite empêchera de la rattacher à une cirrhose. Il y a un diagnostic différentiel très délicat à faire, c'est celui du kyste séreux du péritoine, et même celui d'une péritonite à pneumocoques à forme très lente.

Dans la forme fibro-caséuse, l'ascite disparaît et l'on a des gâteaux péritonéaux qui peuvent être considérables; la douleur est généralisée, les troubles digestifs sont accentués. Cette forme encore peut guérir, mais plus fréquemment, on assiste à l'infection lente de tout l'organisme ou à l'évolution vers un troisième type, la forme fibro-adhésive.

Cette forme guérit rarement; les complications sont fréquentes; tantôt une bride fibreuse donne de l'occlusion intestinale ou comprime l'intestin en masse, et l'intervention chirurgicale ne donne pas de grands résultats. Dans les autres formes, il peut se former des abcès cutanés suivis de fistules, parfois ulcération et perforation de l'intestin donnant une péritonite généralisée.

Au moment de l'ascite, le traitement à employer est le traitement général de la tuberculose. La compression a été essayée, notamment au moyen de bandes ou avec le collodion. Si le liquide augmente, on fait une ponction suivie d'injections ou de lavages, à l'eau boriquée ou même d'insufflation d'air stérilisé, à cause de l'influence curative qu'on attribue à l'air dans la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie exploratrice.

Dans les deux autres formes, il n'y a guère à intervenir, à moins qu'il n'y ait des points d'ascite enkystée ou une bride comprimant l'intestin nettement délimitée: autrement, on ne pourrait lutter contre les néoplasies qui réunissent entre elles les anses intestinales.

LES TROIS MEDICAMENTS ANTI-BLENNORRHAGIQUES:

LE COPAHU, LE CUBEBE ET LE SANTAL

L'étude des trois grands médicaments balsamiques a fourni à M. le professeur Fournier l'objet d'une intéressante clinique. Cette étude, dit-il, peut se condenser en quatre propositions principales:

1° Le copahu, le cubèbe et le santal ne doivent pas être utilisés comme abortifs de la blennorrhagie.

2° Leur action est nulle contre la blennorrhée.

3° Ils sont également impuissants tant que la blennorrhée conserve le moindre caractère inflammatoire.

4° Ils font merveille, par contre, dans toute chaudepisse aiguë à la période d'aphlegmasie complète.

J'ai déjà longuement développé autrefois la première proposition: l'inutilité absolue des balsamiques comme thérapeutique abortive de la blennorrhagie. Il me reste maintenant à légitimer les trois autres parties dont je viens de donner l'énumération.

Les balsamiques échouent dans le traitement de la blennorrhée. Si, contre une goutte militaire ancienne datant de 2, de 3, de 10 ans, vous administrez tel ou tel des médicaments balsamiques, vous faites une mauvaise besogne. Le malade reviendra après plusieurs mois avec la même goutte, aussi persistante et aussi intense. Sur ce point, tout le monde est d'accord. Les insuccès sont en effet légion et chacun de nous en a enregistré des centaines d'exemples. Concluons donc en disant que les balsamiques sont un mauvais traitement de la goutte militaire.

Ce n'est pas tout d'ailleurs. Sans action sur la blennorrhée, le copahu, le cubèbe et le santal deviennent non seulement inutiles, mais, de plus, nuisibles contre toute blennorrhagie qui conserve encore des signes inflammatoires quelconques, si légers soient-ils. Habituellement même, les écoulements chroniques sont le résultat d'un coupage prématuré, obstiné, entêté! Voulez-vous connaître l'histoire de la majorité — 96% pour fixer un chiffre — des gouttes militaires? La voici:

Un homme prend, un beau jour, la chaudepisse. Comme il

sait qu'elle ne guérit pas d'emblée, il consent en général, pour un certain temps, à laisser couler avec les tisanes, les bains et la médication hygiénique. Puis, après 6, 8, 10 jours, voire 12 jours pour les plus patients, il commence à désespérer. Il ne se résigne plus et, de son propre chef ou sur des conseils plus ou moins autorisés, il entreprend de couper le mal et il commence l'absorption de tel ou tel des médicaments balsamiques. En 48 heures l'écoulement diminue de 50%, et le malade encouragé, enchanté, continue. L'amélioration semble progresser, le suintement purulent se réduit de 70, 75, 80%. Satisfait, le patient se garde bien de supprimer le traitement. Il observe son canal. Celui-ci, dans le courant de la journée, ne tache plus le linge, restant simplement humide, ou bien, il laisse encore passer 2, 3, 4 gouttes. Mais le matin, toujours une goutte, une belle goutte jaune se montre au méat. Le malade absorbe sans cesse la dose quotidienne de copahu. Cela persiste. Il persévère et rien ne change. Cependant il y a une fin, même au copahu. On ne peut pas se repaître indéfiniment de cette drogue. Le patient cesse donc la médication: en 48 heures, l'écoulement se reconstitue. Ecoulement moyen, il est vrai, indolent, aplegmaticque, jaune ou simplement jaunâtre. Voici l'effet du coupage entêté, obstiné. Quelle est, effectivement, la conduite du malade en pareille occurrence? Croyez-vous qu'averti par l'insuccès il va s'adresser à une autre méthode? Pas du tout. Pendant quelques jours, ennuyé, il ne fait rien. Puis, au bout d'une huitaine, il revient au copahu, au cubèbe et au santal. S'il a échoué avec l'un d'eux, il prend l'autre. Il va du copahu au santal, de celui-ci au cubèbe. Qu'advient-il? La même chose, exactement, que la première fois. En 48 heures, diminution rapide de l'écoulement, qui, cependant, ne se tarit pas et persiste sous forme de gouttes, de sérosité, voire seulement de goutte matinale. Il cesse les remèdes, l'écoulement reprend et ainsi de suite. Après une série plus ou moins longue de ces tentatives infructueuses, le patient arrive à ce résultat final: blennorrhée constituée avec retour d'un écoulement plus abondant une fois les remèdes supprimés. Cette chaudepisse modifiée est particulièrement rebelle et mauvaise pour plusieurs raisons. Elle a perdu sa marche cyclique et sa tendance naturelle vers la régression. Sa curabilité est souvent douteuse. Traitez-la par les balsamiques, en effet, vous arriverez toujours au

même résultat que maintenant vous connaissez bien, c'est-à-dire à une suppression temporaire, pendant la cure seulement. Écoutez les malades: ils vous disent que leur affection reste stationnaire, sans aucune tendance à décroître. Sous l'influence d'un excès, il est vrai, elle va augmenter pour revenir ensuite à la situation antérieure. C'est tout ce qu'elle est susceptible de faire.

Les exemples du schéma précédent sont innombrables.

Je veux vous citer le cas d'un malade qui prit environ 9 kilogs. de cubèbe et qui fit plus de 1000 injections sans résultat! Je dirais volontiers que donner les balsamiques trop tôt ou dès le début de cette affection est la meilleure recette pour... ne pas guérir la chaudépisse. Le coupage prématuré obstiné, en période inflammatoire, est donc une méthode absolument détestable.

Mais, après avoir insisté aussi longuement sur ces contre-indications formelles, je dois maintenant parler des conditions dans lesquelles les trois grands balsamiques procurent de bons effets. Je ne suis pas ingrat envers eux et je n'hésite pas à qualifier tout d'abord leur action de merveilleuse lorsqu'elle est utilisée à l'heure propice, une fois le stade inflammatoire terminé. Voilà, par exemple, un malade qui prend aujourd'hui la blennorrhagie. Pendant un certain temps, il suit rigoureusement le traitement antiphlogistique vulgaire: abstinence, abstention d'alcool et de vin pur, repos relatif, bain d'une heure et boissons aqueuses surtout, tisane d'orge, tisane alcaline classique, dont voici la formule:

Bicarbonate de soude.	35 grammes.
Sucre.	500 —
Essence de citron.	25 gouttes.

Diviser en 7 paquets. Faire fondre chaque paquet dans un litre d'eau. A prendre par verres. — Ou encore eaux minérales diurétiques.

Je suppose cette médication bien observée pendant un mois. A ce moment, l'écoulement ne sera évidemment pas guéri, car habituellement, il ne guérit pas seul. Toutefois, il sera peu intense, diminué des $\frac{2}{3}$, des $\frac{4}{5}$, fournissant 8, 10, 12 gouttes

environ par 24 heures. Il sera modifié comme couleur, jaunâtre seulement, et tout symptôme inflammatoire aura cessé.

Eh bien, à cette époque et avec une blennorrhagie ainsi préparée, administrez tel ou tel des balsamiques. 100 fois sur 100 l'écoulement subit une diminution considérable, dès le premier jour, pour bientôt disparaître totalement. La guérison est alors le fait usuel, presque constant. L'échec est l'exception et ce résultat heureux n'est contredit par personne.

On dit: l'opiat est une drogue répugnante qui peut provoquer des troubles d'intolérance gastro-intestinale, des éruptions cutanées, etc. La méthode, de plus, est bien longue et nécessite au moins un mois d'attente.

Assurément l'opiat ou la poudre de copahu et de cubèbe sont désagréables à prendre. Mais n'avons-nous pas à notre disposition des préparations plus pratiques, les capsules, le pain azyme? Les désordres gastriques ou intestinaux sont des inconvénients légers et des milliers de patients ne les éprouvent pas. Les éruptions cutanées sont encore plus rares puisqu'elles atteignent une proportion maximum de 2 0/0.

L'éruption, d'ailleurs, n'est pas gênante et disparaît sans difficulté. En réalité, la raison majeure invoquée contre tel traitement est la durée, le mois d'attente qui semble interminable au malade impatient de guérir et même au médecin. Je prétends toutefois que c'est là une illusion, qu'il s'agit bien au contraire d'un traitement court et inférieur comme durée à toutes les thérapeutiques réputées expéditives, celles-ci, la plupart du temps, conduisant, comme nous l'avons vu, à la chronicité et éternisant le mal. Le mois d'attente et les deux ou trois semaines de cure suppressive, font que le patient guérit en six ou sept semaines. Or, guérir une chaudière en un mois et demi ou deux mois est un résultat satisfaisant et le traitement qui l'assure est un bon traitement.

La médication par les balsamiques est une excellente médication, appliquée à son heure. Le secret de la guérison réside dans ce dernier point. Il faut donner le copahu à temps, ni trop tard, ni surtout trop tôt. Ils doivent être administrés en temps opportun: quel est ce temps?

On dit: les balsamiques seront pris à la période de déclin, après la phase inflammatoire.

Ceci est bien vague, car à quoi reconnaître la terminaison de l'inflammation aiguë? Se guidera-t-on sur l'âge de la maladie? Il y a chaudepisse et chaudepisse, certaines ne sont plus inflammatoires au 15^e jour; d'autres le sont encore au 30^e. Doit-on prendre comme critérium un symptôme particulier, la douleur, l'érection, l'écoulement! Oui et non. Considérons, par exemple, la douleur. Il existe des chaudepisses qui font très peu souffrir, celles en particulier traitées dès le début par le copahu. En réalité, il convient de se baser sur l'ensemble symptomatologique, ne pas se fier à un seul signe, mais les considérer tous à la fois.

La période aphlogistique s'annonce par plusieurs phénomènes. Le méat, l'orifice urétral, cessent d'être rouges, tendus et rénitents. La miction devient complètement indolente, les érections érotiques sont disparues. L'écoulement est, enfin, notablement diminué comme quantité et surtout il apparaît changé de couleur et d'aspect, non plus jaune, mais seulement jaunâtre, non plus fluide mais muco-purulent, filant entre les doigts. La chaudepisse devenue muqueuse (Diday) est bonne à couper, quand elle a été traitée auparavant par l'arrosage du canal à l'aide de boissons diurétiques abondantes.

La réunion de ces différents signes indique que le moment est venu de donner les balsamiques. Comment le fera-t-on?

La préparation la plus active, l'expérience le montre, est l'opiat dont voici la formule et la dose journalière:

Cubèbe	10 grammes.
Copahu.	5 —
Sirop de goudron.	Q. S.

à prendre en capsules ou dans du pain azyme.

Les quantités précédentes représentent les moyennes les plus employées. Certains auteurs sont partisans de débiter par de petites doses qui seront augmentées peu à peu; d'autres conseillent de surprendre, au contraire, le canal par des doses massives d'emblée.

De toutes façons, le copahu, le cubèbe et le santal doivent être continués pendant 10 à 12 jours. Procédez toujours par quantités fractionnées, à prendre le matin, à midi et le soir, une demi-heure avant ou 2 à 3 heures après le repas. Il convient

de diminuer alors les doses insensiblement sans jamais les supprimer brusquement sous peine de débâcle. Si, par exemple, vous avez donné la préparation ci-dessus divisée en 12 boulettes, réduisez de une boulette par jour.

Pendant la durée de la cure balsamique le malade boira peu, de façon à obtenir une urine plus chargée de principes. Il faut, toutefois, éviter de tomber dans l'excès contraire, d'autant qu'il est souvent pénible de ne pas boire, ces médicaments provoquant volontiers la soif. Le patient boira aux repas selon son altération mais pas entre les repas. Dans la journée, pour tromper la soif, il emploiera des fruits, des oranges, par exemple.

Enfin, dernière et très importante recommandation, ne prolongez pas obstinément la médication. Si, après 8 ou 10 jours, le canal n'est pas absolument tari, cessez. Les balsamiques ont deux façons de sécher l'urèthre, soit subitement, en 24 ou 48 heures, lorsque l'organe est bien préparé par une médication antiphlogistique convenable, soit lentement, en 8 à 10 jours. Cette période terminée, la guérison doit être obtenue, sinon la partie est perdue. Concluez alors que l'urèthre n'était pas prêt, revenez à la médication antiphlogistique et attendez la chute définitive et véritable de l'inflammation. En s'obstinant, on n'obtient rien de bien. Eterniser les balsamiques, en pareil cas, c'est rendre l'urèthre réfractaire, fatiguer le tube digestif et décourager le malade.

LA FLORE MICROBIENNE DE LA BOUCHE DES NOURRISSONS

Il résulte des recherches faites par M. Cyr Jeannin, que, lors de la naissance, la bouche est aseptique dans le plus grand nombre de cas. C'est dans les premières heures de la vie, avant même la première tétée, que les microbes envahissent la cavité buccale. Les espèces successivement constatées, toujours peu nombreuses, sont: le streptococcus salivæ, le staphylococcus parvulus, le streptococcus aerobius micros. Le

commencement de l'allaitement amène une brusque éclosion de la flore buccale. Dans les heures qui suivent la première tétée, on rencontre de 3 à 6 variétés de germes tant aérobies qu'anaérobies.

Il existe une formule bactérienne à peu près fixe chez tous les enfants bien portants, quels que soient leur âge et leur mode d'alimentation. Dans chaque cas, on trouve de 4 à 6 espèces composées en majeure partie d'aérobies (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, coli-bacille). Les anaérobies, toujours plus nombreux, ne sont que peu vivaces et ne développent pas de gaz.

Près de cette formule bactérienne normale, il faut placer une formule bactérienne pathologique répondant aux enfants malades. Les espèces microbiennes s'y montrent plus nombreuses, les colonies pour chaque espèce plus abondantes et plus vivaces, les anaérobies prennent une place importante dans les cultures, ils développent des gaz. Il est à noter que la richesse bactérienne est toujours poussée à l'extrême chez les enfants placés en couche.

A QUOI SERT L'APPENDICE ?

L'appendice ne sert à rien, disent les physiologistes; pardon, répondent médecins et chirurgiens, il sert à... donner l'appendicite! M. William Macewen a essayé de réhabiliter cet organe parasite. Le cæcum et l'appendice ont, d'après lui, des fonctions bien définies dans la digestion intestinale.

Il a eu l'occasion d'observer un sujet chez lequel la paroi antérieure du cæcum avait été détruite par accident. On pouvait voir l'intérieur de la cavité cæcale. Or, peu après le repas, la surface de la muqueuse se couvrait d'une abondante sécrétion alcaline qui sourdait des glandes et à travers l'orifice de l'appendice. Cette sécrétion augmentait juste au moment où le contenu de l'intestin grêle était déversé par la valvule-cæcale.

Cette valvule aurait, d'après Macewen, un rôle analogue à celui du pylore. Elle ne verse le contenu intestinal dans le cæcum que par petites quantités, de façon que la sécrétion alcaline du cæcum ait le temps de le saturer. Pendant ce temps, le cæcum est le siège de mouvements qui brassent son contenu et

le ramènent vers le fond de l'organe et vers l'orifice appendiculaire. Il y aurait ainsi une véritable digestion cœcale.

Quant à l'appendice, outre son rôle sécrétoire, il servirait encore à la digestion par sa riche flore microbienne; c'est un véritable tube de culture, et les produits de ses bactéries ne sont pas moins utiles au travail de la digestion intestinale que les produits de ses glandes.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ARTICULAIRE

PAR M. LE PROFESSEUR BROCA.

M. Broca, au Congrès de Bruxelles, a exposé ce qu'il fait pour le traitement des tuberculoses articulaires chez l'enfant, les seules, déclare-t-il, sur lesquelles il ait une expérience notable.

Il n'est guère question que du traitement local. Ce n'est point que l'auteur méconnaisse la grande importance de la thérapeutique générale. L'hygiène et la médication doivent être surveillées avec grand soin chez tous les petits tuberculeux opérés ou non; mais elles n'ont rien de spécial aux lésions articulaires, elles sont celles de toutes les lésions dites "scrofulenses".

Ceci dit, voici la conduite adoptée par M. Broca en face des différents degrés de tuberculose articulaire chez l'enfant:

Les *lésions synoviales superficielles* sont traitées par les injections modificatrices d'éther iodoformé à 10 pour 100 et par l'immobilisation relative et de courte durée.

Les *ostéo-arthrites* sont soumises au traitement par l'immobilisation complète (plâtre) dans la position de choix: rectitude complète pour le genou, le poignet, les doigts, les orteils; extension rectiligne, légère abduction et rotation en dehors pour la hanche; flexion à angle droit pour le coude et le coude-pied. Le redressement des positions vicieuses est demandé à l'extension continue. Quand les os sont déformés ou luxés, on a recours au redressement brusque, qui n'est pas coupable des complications dont on l'a accusé. Après le redressement, le malade est mis au repos au lit dans un appareil pendant plusieurs mois; après seulement, application d'un appareil de marche.

L'immobilisation est la base du traitement des tuberculoses articulaires. On pourra avoir recours aux adjuvants: compression, stase veineuse, révulsifs, injection d'éther iodoformé. M. Broca est peu favorable à la méthode sclérogène.

L'opération sera exceptionnelle. La résection est préférable à la synovectomie. La résection, si elle est complète, expose à d'énormes raccourcissements; si elle respecte les cartilages conjugués, elle risque d'être incomplète et expose à de graves déformations. L'état du développement squelettique constituera une indication précieuse.

Les tumeurs blanches suppurées seront soumises aux ponctions et aux injections d'éther iodoformé à 10 pour 100. M. Broca n'est pas partisan des injections fortement irritantes. Les évidements partiels ne sont pas à conseiller; ils constituent un pis-aller. Les menaces d'infection pourront obliger aux larges ouvertures avec drainage des foyers osseux. La septicémie ou une tuberculose pulmonaire grave pourront seuls faire recourir à l'amputation. La correction des attitudes vicieuses ne se fera que quand tout foyer infectieux sera éteint.

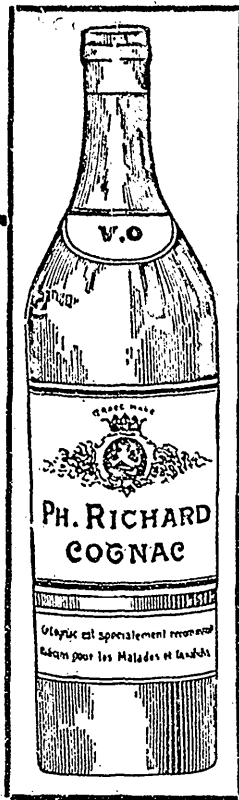
On ne cessera l'immobilisation qu'après disparition de toute douleur spontanée ou provoquée. Le retour à la mobilité sera lent et progressif, aidé par des appareils de marche. A la moindre alerte, on retournera à l'immobilisation temporaire. On ne fera pas trop d'efforts pour mobiliser les articulations. Au membre inférieur, on respectera l'ankylose et on la provoquera après un redressement du membre par ostéotomie ou résection plutôt que par redressement forcé. Au membre supérieur, on essayera de mobiliser.

Ce sont les incertitudes d'en haut qui font les inquiétudes d'en bas; un gouvernement doit avoir ses idées, ses principes, son système bien défini pour vaincre le doute des indifférents ou la résistance de ses adversaires.

Dans un demi-siècle, tous ceux qui sont aujourd'hui les dépositaires de l'autorité n'existeront plus, et la sûreté de leurs tombeaux dépendra de l'éducation actuelle de la jeunesse.



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

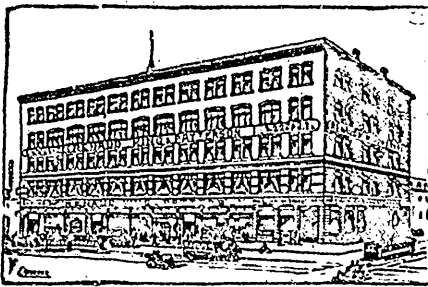
LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEZ

La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques,
Montréal.

ADRIAN & Cie
 9, Rue de la Perle, Paris.
APR RHENAL
 CHIMOUVEMENT PUR
 ÉQUILIBRÉS contenant chacune... 2 milligr.
 APPRÔTES Stérilisées contenant chacune... 50
 COMPRIMÉS dosés à..... 25
 GRANULES —..... 1 centigr.



Meubles, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques et sections, complet moderne pour offices.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson

COIN STE - CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infaillible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 718, Montréal.

Nos batteries électriques pour usages professionnels donnent la plus complète satisfaction et sont recommandées par tous les médecins qui les connaissent.

Moteurs, Bains, installation de tous genres faits avec soin et promptitude.

The Sayer Electric Co'y

10-12-14 Beaver Hall Hill

MONTREAL

TELEPHONE MAIN 4546

LA DIGESTIVE

N'est pas une médecine patentée ; car nous donnons ici la formule qui capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

Rhubarbe	Pul	.....	3¼	grs.
Gentiane	"	.....	2½	grs.
Chirotte	"	.....	2	grs.
Ipecaco	"	.....	1½	gr.
Savoyanne	"	.....	1¼	gr.

Ce n'est pas un remède à tous les maux, mais ses propriétés incontestables dans les dérangements d'estomac, en font un puissant auxiliaire du médecin consciencieux.

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

" **Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Liberté** "
136 RUE SAINT-DENIS - - - MONTREAL., Qué.

SI VOUS SÉMEZ, VOUS RECOLTEREZ

La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques,
Montréal.

SUR LA COLORATION ROUGE DE L'URINE

PAR M. LE DOCTEUR A. LEBEAUPIN.

On sait que dans certaines conditions pathologiques, maladies infectieuses, maladies ou traumatismes des reins, de la vessie, de la prostate, de l'urèthre, l'urine contient du sang ou d'autres fois la matière colorante du sang, l'hémoglobine dissoute. Parfois aussi, à la suite de l'administration de sulfonal ou bien chez les individus atteints de colique de plomb ou d'hémorragies intestinales, l'urine présente une coloration rouge due à la présence d'un pigment, l'hématoporphyrine, dérivé de l'hémoglobine.

Or, il arrive que dans certains cas l'urine peut présenter une coloration rouge qu'on pourrait rapporter à l'hématurie, à l'hémoglobinurie ou à l'hématoporphyrinurie, alors que le sang n'entre pour aucune part dans la production de cette coloration.

Quelques rares que soient les cas d'*urine rouge* dus à une autre substance que le sang, il est bon que le praticien soit mis en garde contre une erreur de diagnostic, toujours préjudiciable au malade traité.

Apert ayant donné à un enfant choréique 1 gr. de camphorate neutre de pyramidon constata que les urines présentaient une coloration rouge. Ayant chauffé le liquide, il n'obtint pas de coagulation albuminoïde et l'examen spectroscopique ne lui permit pas d'apercevoir les raies caractéristiques de l'hémoglobine. En additionnant de chloroforme l'urine recueillie, il vit le réactif entraîner au fond du vase la matière rouge colorante.

Dernièrement nous avons pu observer chez un rhumatisant, après l'absorption de deux grammes de salicylate de pyramidon, la même production d'une coloration rouge dans l'urine rappelant tout à fait l'apparence de l'hémoglobinurie. En ajoutant à l'urine dans un tube à essai quelques gouttes de chloroforme, comme l'avait fait Apert, la matière rouge fut entraînée au fond du tube. Au bout de seize heures seulement (douze dans le cas d'Apert), la coloration disparut, les urines émises revinrent de couleur normale.

Cette coloration doit être attribuée, d'après Apert, à l'acide rubazonique, produit de transformation du pyramidon et de son passage à travers l'organisme. D'après les expériences

faites à l'hôpital Andral et à l'Hôtel-Dieu, il ne paraît pas qu'on doive s'inquiéter de l'émission d'urines rouges à la suite de l'emploi thérapeutique de pyramidon ou de ses différents composés, camphorate, salicylate, etc.

D'autre part, on sait qu'un composé aromatique de coloration rouge brunâtre, auquel on a donné le nom d'alcaptone, a été signalé dans l'urine pour la première fois par Bœdeker. Volkow et Baumann ont démontré que l'alcaptone de Bœdeker était un acide qu'ils ont appelé acide homogentisique. Un autre acide auquel Huppert a donné le nom d'acide uroleucique a été rencontré dans un cas d'alcaptonurie.

Les cas d'alcaptonurie sont rares, ils seraient dus soit à la décomposition de la tyrosine par les ferments intestinaux, soit à un trouble de la nutrition, comme il ressort de l'observation d'Ewald Stier qui constata la présence de l'alcaptone dans les urines d'un enfant à nutrition ralentie.

Dernièrement, Mouisset et Bonnamour ont publié dans le *Lyon médical* l'observation d'un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde, a présenté des troubles urinaires particuliers qu'ils ont rattachés à l'alcaptonurie. Il est à remarquer que dans les cas d'alcaptonurie, l'urine ne se présente pas colorée à la miction; ce n'est qu'au contact de l'air que la coloration se produit. Il est nécessaire que le médecin soit instruit de cette particularité, car il peut n'examiner l'urine que longtemps après la miction. Dans ce cas, l'interrogatoire le mettra sur la voie du diagnostic.

Dans l'alcaptonurie, comme dans les cas cités plus haut, il n'y a pas de raies spectroscopiques caractéristiques de la présence du sang, pas de coagulation à la chaleur; les urines alcaptonuriques réduisent à chaud la liqueur de Fehling, à froid l'azotate d'argent ammoniacal.

En présence d'une urine rouge, il nous paraît donc utile de se demander si l'on n'a pas affaire à l'acide rubazonique ou à l'acide homogentisique. Dans ces derniers cas, les commémoratifs d'une part, et d'autre part l'analyse spectroscopique et chimique lèveront tous les doutes. On ne pourra plus confondre ces urines rouges avec les urines colorées par la présence du sang ou de ses dérivés, distinction qu'il est nécessaire de faire pour éviter les erreurs d'interprétation et établir un diagnostic précis.

INTOXICATION LARVÉE PAR L'OXYDE DE CARBONE

PAR M. LE DOCTEUR HIRTZ.

Dans un ouvrage très documenté publié en 1896 sur les asphyxies, les gaz, les vapeurs et les anesthésiques, le professeur Brouardel a passé en revue tous les cas d'asphyxie par le gaz oxycarboné suivant les divers procédés de chauffage. Il a signalé, avec les observations les plus intéressantes à l'appui, les causes d'intoxication par les poêles fixes, les poêles mobiles, détestables au point de vue hygiénique, dont il a signalé les dangers, non seulement pour celui qui en fait usage, mais encore pour les voisins. Des expertises habilement conduites avec M. le professeur Pouchet ont démontré que ce mode d'intoxication est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit.

Les hygiénistes ont mis en relief, à la suite d'accidents fréquents, les dangers des briquettes de voiture.

Tous ces faits sont enregistrés et connus. L'auteur a appelé tout particulièrement l'attention de la Société de Thérapeutique sur un mode défectueux de chauffage par les calorifères à air chaud, mal entretenus et dont les conduits présentent souvent des fissures. Ce mode de chauffage détermine fréquemment des accidents insidieux, sournois et larvés.

On connaît la plupart des symptômes graves de l'intoxication oxycarbonée, les grands signes d'asphyxie, de congestion cérébrale, d'hémiplégie.

On sait les paralysies transitoires ou durables qui peuvent survivre à l'empoisonnement, les troubles trophiques, pemphigoides et autres, qui accompagnent le phénomène nerveux. M. Brissaud a étudié les altérations des facultés intellectuelles, l'inertie de la pensée avec amnésie, etc.

L'intoxication chronique compte à son actif l'anémie des cuisinières et celle des repasseuses.

Dans ce mémoire, l'auteur appelle surtout l'attention sur l'anémie insidieuse des nombreux intoxiqués sans le savoir. Confiants dans leur bon système de chauffage par le calorifère à air, les victimes de cette intoxication n'ont jamais l'idée d'incriminer cette manière de se chauffer, déplorable lorsque le calorifère n'est pas surveillé avec le plus grand soin. Elles passent leur journée et même parfois la nuit, à proximité d'une bouche

de chaleur, qui est fréquemment une bouche empoisonnée. Lentement, tous les jours un peu plus, ces personnes perdent leurs couleurs, s'affaiblissent sans aucune raison.

Le travail intellectuel devient mal aisé, elles se plaignent de vertige et non pas tant d'une douleur de tête, mais d'une sensation de pesanteur, telle qu'il leur semble supporter un poids de plusieurs kilos.

Brusquement, lorsque la victime inconsciente est bien imprégnée, elle peut être prise de douleurs extrêmement violentes dans un membre, le bras, la jambe, parfois successivement dans le nerf sciatique ou le crural, le cubital, névrites toxiques qui provoquent des atrophies musculaires, guérissent lentement et parfois restent définitives.

Il n'y a qu'une thérapeutique pour ce genre d'accidents: c'est la suppression du calorifère à air chaud, qui devrait être remplacé par d'autres procédés de chauffage hygiénique pouvant donner toute garantie.

A la suite d'une discussion assez étendue, les auteurs paraissent d'accord pour admettre que nous sommes très souvent exposés à absorber d'une manière continue des petites doses d'oxyde de carbone, et que l'intoxication par ce gaz est la cause de bien des malaises mal définis.

Dans le cas d'un chauffage par calorifère, il serait donc toujours prudent de s'assurer que le courant d'air chaud n'entraîne aucune trace d'oxyde de carbone. Il suffirait de placer au niveau de la bouche de chaleur un petit animal, et les oiseaux, qui présentent une sensibilité toute spéciale à l'action de l'oxyde de carbone, sont tout indiqués comme sujets d'expériences.

Si la calomnie met un bâillon à la bouche qui dit la vérité ce n'est que pour un temps bien court, car la parole se change en lumière et l'on ne bâillonne pas la lumière.

Les envieux spéculent en faisant croire toutes sortes d'utopies ridicules et méchantes afin de satisfaire leur malheureuse passion de détruire et de s'emparer du bien d'autrui.

**TRAITEMENT DE L'ARTHRITE TRAUMATIQUE SECHE
PAR INJECTION DE VASELINE**

PAR M. LE PROFESSEUR ROVSING.

Le professeur Rovsing, de Copenhague, vient de publier deux cas d'arthrite de la hanche, traités avec injections de vaseline dans la cavité cotyloïde, et dont les résultats thérapeutiques ont été remarquables. Dans le premier cas, il s'agissait d'une luxation congénitale chez une femme âgée de trente-trois ans. Jusqu'à l'âge de trente, elle avait pu travailler sans trop souffrir de son affection, mais à partir de cette époque l'articulation est devenue le siège de douleurs à la marche et de craquements. Ces phénomènes ont augmenté peu à peu jusqu'à rendre impossible tout travail debout ainsi que la marche. Une première opération, consistant dans l'ouverture de la capsule et ablation de la couche rugueuse et couverte d'excroissances osseuses de la tête du fémur, avait apporté quelque soulagement, mais peu de temps après les douleurs ont repris et sont devenues de nouveau insupportables. C'est alors que l'auteur a eu l'idée d'essayer l'injection de vaseline dans la cavité articulaire. Une première injection de 10 centimètres cubes apportait un soulagement marqué, mais de peu de durée; ce n'est qu'après une injection de 25 centimètres cubes que la guérison définitive a été obtenue, guérison qui se maintient depuis dix-huit mois. La démarche est indolore et on ne sent plus de craquements.

Dans le second cas il s'agissait d'un fermier âgé de vingt-huit ans, traité à l'âge de seize ans pour une coxalgie tuberculeuse (?), avec immobilisation et extension pendant une année entière de l'extrémité malade. Ce traitement avait eu pour résultat une ankylose complète de l'articulation de la hanche droite, mais il avait pu reprendre son travail et marchait sans douleurs tout en boitant. Depuis un an environ il ressentait des douleurs et de la fatigue dans la hanche gauche, accompagnées de craquements perceptibles à distance. Différents traitements restant inefficaces, M. Rovsing lui a fait une injection de 20 centimètres cubes de vaseline dans l'articulation. Le résultat a été parfait, puisque quatre jours après il a pu quitter la clinique guéri, et ce résultat se maintient depuis dix-huit mois.

Les injections intra-articulaires de vaseline ont été déjà essayées avec bons résultats par M. Delagenière, en France, et M. Büdinger, à Vienne. Le premier a publié un résultat heureux pour un cas d'arthrite sèche de l'humérus, le second n'a pas obtenu de résultats très encourageants dans le traitement d'arthrites de l'épaule et du genou, et il ne croit pas à la possibilité de traiter les affections de la hanche par cette méthode. M. Rovsing trouve l'explication de ces succès dans les quantités absolument insuffisantes de vaseline injectées par M. Büdinger qui ne dépassaient pas 2 à 4 centimètres cubes.

M. Rovsing emploie pour ces injections un tube de vaseline directement mis en communication avec l'aiguille par un tube en caoutchouc, et tenu liquide au bain-marie. Il croit cet arrangement préférable à l'emploi de la seringue dans laquelle la vaseline est toujours exposée à se figer avant l'injection.

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE PAR LA PÂTE DE ZINC

M. le docteur Leredde indique un moyen fort simple pour traiter le prurit vulvaire.

Le prurit vulvaire est une affection commune, que le médecin est fort embarrassé pour soigner, en raison du nombre de moyens qu'il a à sa disposition, nombre tel qu'on ne saurait en fixer le chiffre. Or, dans le plus grand nombre des cas, le prurit de la vulve est soulagé, parfois guéri par un pansement à la pâte de zinc.

On couvre la face externe des grandes lèvres, leur face interne, les petites lèvres, de pâte de zinc, et on introduit dans le vagin une mèche de gaze destinée à réparer les muqueuses droites des muqueuses gauches. Le pansement est changé toutes les fois que la malade urine.

Ce traitement peut échouer, en particulier lorsqu'il y a de la lichénification, des lésions cutanées, mais M. Leredde l'a vu réussir si souvent dans les autres cas qu'il l'emploie maintenant d'une manière systématique. Peut-être suffira-t-il de le combiner à la radiothérapie pour obtenir d'une manière presque constante la guérison du prurit vulvaire, affection jusqu'ici considérée comme rebelle.

LA DIATHESE D'AUTO-INFECTION

PAR M. LE PROFESSEUR GILBERT

Le tube digestif de l'homme et des animaux est peuplé de germes dans toute son étendue. D'après les recherches que nous avons poursuivies avec Dominici, c'est le petit intestin, du moins l'iléon puis le jéjunum, qui en renferment le plus grand nombre. Viennent ensuite l'estomac, puis le duodénum et le gros intestin. Quoique beaucoup moins infecté que l'intestin grêle, le gros intestin, cependant, est encore assez riche en bactéries pour que l'on puisse évaluer à 12 ou 15 milliards le chiffre de celles qui sont éliminées quotidiennement par les fèces.

L'infection digestive ne se limite pas d'ailleurs au tube digestif proprement dit: elle s'étend aussi, comme nous l'avons montré avec Lippmann, aux canalicules qui s'ouvrent dans la cavité. C'est ainsi que le canal de Sténon est envahi par les germes de la bouche d'un bout à l'autre. C'est ainsi que sont peuplées par les microbes duodénaux toutes les voies biliaires extra-hépatiques, le canal cholédoque, le canal cystique, la vésicule biliaire, le canal hépatique. C'est ainsi qu'est déflorée de même l'entrée du canal pancréatique. C'est ainsi enfin qu'est habité totalement l'appendice par les bactéries du cæcum.

Dans ces divers conduits s'engagent à la fois de multiples espèces microbiennes: les unes, aérobiques, n'y poursuivent pas un long parcours; les autres anaérobiques, au contraire, y pénètrent profondément et ce sont elles seules que l'on rencontre à une certaine profondeur.

Les innombrables bactéries qui habitent ainsi le tube digestif et ses canalicules annexes menacent doublement la santé et la vie de l'homme. Elles les menacent et par les poisons qu'elles élaborent et par les infections qu'elles sont toujours prêtes à occasionner.

La question de l'auto-intoxication par les poisons microbiens du tube digestif a été soulevée et élucidée par M. Boucñard qui en a montré tout l'intérêt.

Celle de l'auto-infection est, selon nous, d'un intérêt plus considérable encore.

* * *

Un très grand nombre d'états pathologiques et de troubles morbides importants, en effet, sont suscités par ces microbes qui fourmillent dans le tube digestif et dans les conduits excréteurs des glandes, attendant une occasion favorable pour envahir la portion intra-glandulaire des canalicules, pour associer à l'infection cavitaire physiologique l'infection pariétale ou interstitielle pathologique.

Envisagée au point de vue étiologique, l'auto-infection est tantôt *primitive*, tantôt *secondaire*.

Secondaire, elle se montre au cours d'états pathologiques préalables qui enlèvent à l'organisme sa résistance et ainsi, brusquement, trompent à son détriment l'équilibre normalement établi entre lui et les microbes qui l'habitent.

Primitive, elle se produit sans circonstance occasionnelle saisissable, mais sous l'action d'une prédisposition organique congénitale, familiale et héréditaire, pour laquelle, avec Lereboullet, nous avons proposé l'appellation de *diathèse d'auto-infection*.

En quoi consiste cette diathèse? A-t-elle un fondement anatomique ou histologique? Réside-t-elle dans un trouble fonctionnel? A ces questions aucune réponse n'est permise actuellement. Nul ne le sait, de même que nul ne sait en quoi consiste cette prédisposition à l'infection par un bacille exogène qu'on appelle la diathèse tuberculeuse,

Ce qui est certain, c'est qu'existe cette prédisposition familiale et héréditaire et que, en dehors d'elle, on ne trouve aucune cause par laquelle expliquer la genèse des auto-infections primitives.

Sous sa seule action apparente, les germes que renferme le tube digestif peuvent envahir la paroi; ceux qui habitent les canalicules glandulaires annexes peuvent se comporter de même vis-à-vis d'eux, en même temps qu'ils les pénètrent plus profondément, infectant leurs ramifications intra-glandulaires; enfin, ces germes, ayant franchi les barrières que leur opposait l'état physiologique, peuvent se répandre dans l'organisme entier.

Des lésions inflammatoires du tube digestif, des canalicules glandulaires et des glandes, ainsi que des divers organes de l'économie, sont nécessairement la conséquence de ces infections..

Quelquefois *aiguës*, le plus souvent elles affectent une allure *chronique*, à l'inverse de celles qui découlent de l'auto-infection secondaire, et l'on conçoit aisément qu'il en soit ainsi si l'on considère que le changement brutal survenu dans l'équilibre des forces en présence ici, fait défaut là.

A n'envisager que les *canaliculites* glandulaires ainsi produites, suivant l'état statique et dynamique de la graine et du terrain, en face et en lutte, elles affecteront le type *catarrhal*, *purulent*, *lithogène* ou *sclérogène*.

Des diverses canaliculites la moins grave, à cause de la faible importance des parotides, est la salivaire.

L'inflammation des canalicules biliaires et pancréatiques, l'angicholécystite et l'angiopancréatite, ont une toute autre portée.

C'est que le foie et le pancréas possèdent un rôle physiologique de premier ordre qui ne peut être perturbé, exalté ou supprimé sans dommage. La plus grave des canaliculites hépatique et pancréatique est la suppurative, parce que la vie, par elle, se trouve immédiatement menacée. Viennent ensuite les canaliculites litrogène et sclérogène qui produisent la lithiase biliaire et pancréatique, la cirrhose du foie et du pancréas. La canaliculite catarrhale elle-même, à moins qu'elle ne soit d'une durée très éphémère, représente une lésion sérieuse. D'une façon générale, l'inflammation des conduits tend à amener leur rétrécissement, puis leur oblitération; ainsi en est-il de l'inflammation des canaux biliaires et pancréatiques. Il en découle une gêne ou un arrêt dans la circulation des sécrétions; d'où une double conséquence: cessation incomplète ou complète de l'arrivée dans l'intestin de sécrétions utiles à la digestion, — rétention et résorption par le sang de celles-ci, c'est-à-dire, dans le cas des voies biliaires et du foie, cholémie et ictère.

L'obstruction partielle ou totale des conduits excréteurs des glandes, n'a pas d'ailleurs les seuls effets que nous venons d'indiquer: sous son action, les éléments glandulaires nobles ne

tardent pas à présenter des modifications organiques et des perturbations fonctionnelles capables à leur tour de retentir sur l'économie. Mais ce n'est pas tout, du moins en ce qui concerne l'angiocholite: il existe dans le foie, au niveau des espaces portes inextensibles, un tel rapport de contiguïté entre les canalicules biliaires et les branchioles de la veine porte que les premiers ne peuvent être dilatés ou épaissis sans que les secondes ne soient comprimées et que les premiers ne peuvent être infectés et enflammés sans que les secondes ne s'infectent et ne s'enflamment rapidement à leur tour. Par ce double mécanisme se développe, à un degré quelquefois remarquable, une hypertension portale dont les effets ne tardent pas à se faire sentir.

Quant à la canaliculite appendiculaire, ce qui, par excellence, en fait la gravité, c'est le rapport étroit existant entre l'appendice et le péritoine. Comme vecteur de germes et facteur de péritonite, l'appendice ne saurait mieux être comparé qu'à la trompe utérine. Mais l'appendice peut s'oblitérer, selon la tendance qu'ont à le faire tous les conduits, sans que se développent les conséquences si importantes sur lesquelles nous venons d'insister à propos du foie et du pancréas: c'est que, s'il y a des glandes sans conduits, l'appendice est un conduit sans glande.

On peut juger d'après ce qui précède combien est large le substratum anatomique et fonctionnel sur lequel se dresse la pathologie qui découle de la diathèse d'auto-infection: lésions inflammatoires aiguës ou chroniques du tube digestif, des canalicules et des glandes annexes, ainsi que de divers organes à distance; troubles sécrétoires des glandes gastro-intestinales; troubles sécrétoires du foie et du pancréas (sécrétion externe et interne); cholémie; atteinte de la contractilité musculaire de l'estomac et de l'intestin; hypertension portale, etc.

A cette énumération il convient d'ajouter, ressortissant à un substratum chimique, l'intoxication, laquelle joue vraisemblablement d'ordinaire un rôle considérable. Elle a d'ailleurs des sources multiples: tout d'abord il faut tenir compte des poisons sécrétés par les germes mêmes de l'auto-infection; puis, l'on doit réserver une place à ceux qui se forment en excès dans le tube digestif du fait des désordres qu'engendrent

les troubles sécrétoires et qui, à la faveur des lésions pariétales de l'intestin, sont résorbés plus activement qu'à l'état normal; il est nécessaire de mentionner à nouveau la cholémie si fréquente; enfin, il ne faut pas oublier l'intervention possible, au moins dans certains cas, de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale.

Les maladies et les perturbations morbides qui se rattachent à la diathèse d'auto-infection, directement ou indirectement, sont très nombreuses et, si l'on peut actuellement en ouvrir la liste, il serait imprudent d'ores et déjà de la clore. Nous considérons, avec Lereboullet, que dans cet énorme chapitre de pathologie se rangent principalement: l'entérite muco-membraneuse et l'appendicite; la gastrite hyperpeptique; le diabète sucré; les maladies de la famille biliaire: cholémie familiale, lithiase biliaire, cirrhose biliaire, ictères aigus et chroniques, flux bilieux, etc.; la goutte et la lithiase urique; la neurasthénie, la mélancolie, l'hypocondrie, l'hystérie, l'asthme, la migraine; les hémorroïdes, le pseudo-ulcère stomacal, la splénomégalie; les épistaxis de croissance, les hémorragies et l'hémophilie; l'albuminurie continue et intermittente; la mélanodermie, le xanthélasma, les nævi vasculaires, capillaires et artériels, le prurigo et l'urticaire; la stomatite, l'angine; le rhumatisme articulaire et musculaire aigu et chronique.

Qu'on ne se méprenne pas, d'ailleurs, sur notre pensée: si nous relient à la diathèse d'auto-infection une longue série d'états pathologiques et de troubles morbides, nous ne prétendons aucunement qu'elle seule soit capable de les produire. Nous savons parfaitement que l'appendicite peut être tuberculeuse; que la sclérose diabétique du pancréas peut être tuberculeuse et syphilitique; que la lithiase biliaire, la cirrhose biliaire, l'ictère catarrhal peuvent être suscités par le bacille exogène d'Eberth; que la goutte peut être saturnine; que de multiples intoxications, sur un terrain prédisposé, peuvent provoquer l'hystérie; qu'il y a un asthme urémique; que la néphrite et l'albuminurie ont une étiologie des plus complexes, etc. Ce que nous soutenons, c'est que l'auto-infection primitive joue un rôle considérable, souvent prépondérant, dans la production des états et des troubles en question.

Lorsque donc on se trouvera en face de l'un d'entre eux, le

devoir immédiat sera de songer à l'éventualité de son origine auto-infectieuse. Sans doute, il ne sera pas toujours possible de l'affirmer; cependant, si l'affection est spontanée, familiale et héréditaire et si manquent les autres causes possibles, ne sera-t-on pas autorisé aux plus grandes présomptions?

(A suivre).

CONGRES DES TROIS-RIVIERES

Les Trois-Rivières, le 13 novembre 1905.

Nous avons l'honneur de rappeler à la profession médicale que le troisième congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, aura lieu aux Trois-Rivières dans la dernière semaine de juin 1906.

Quoique nous n'ignorions point les difficultés d'organisation d'une telle œuvre et les grands sacrifices qu'elle impose, nous n'avons pas hésité à accepter la lourde tâche qui nous a été assignée par le Congrès de Montréal, en 1904; car nous considérons le choix de notre cité, comme un hommage rendu à la ville si française des Trois-Rivières.

Nous continuerons donc à employer tous nos efforts et toute notre bonne volonté pour que le Congrès des Trois-Rivières soit mené à bonne fin et digne des brillants congrès de Québec et de Montréal qui l'ont précédé.

Nous osons espérer que tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tant du Canada que de la grande république voisine, sauront répondre à notre appel et nous accorder leur plus fervente adhésion. Nous sollicitons non seulement l'appui moral des confrères, mais un concours encore plus efficace, en invitant chacun à s'enroler d'avance comme membre de l'Association et à fournir sa part de travaux scientifiques pour le Troisième Congrès de médecine qui s'ouvrira aux Trois-Rivières, en juin 1906.

Le président général,

LOUIS-PHILIPPE NORMAND,

Le secrétaire général,

CHARLES DE BLOIS.

LES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE
 QUÉBEC (1)

A Monsieur le Président,

Au sujet des sociétés médicales de notre Province, j'ai quelques statistiques à vous soumettre, afin d'établir leur nombre et leur importance.

Il existe au moins quatorze associations médicales en pleine activité, et trois ou quatre sont en voie de formation.

Je souhaiterais que la liste suivante fût consignée au procès-verbal de cette assemblée, afin que tous les médecins de la Province sachent à quoi s'en tenir, quant à ces associations, et au nombre de leurs membres.

10.—Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, (Albert Laurendeau, Sec., St-Gabriel de Brandon). Membres actifs	37
20.—Société Médicale de Québec, (F. X. Dorion, Sec., Québec). Membres actifs	75
30.—Société Médicale de Portneuf, (Th. Savary, Sec., Pont Rouge). Membres actifs	17
40.—Société Médicale de Montmagny, (L. M. Moreau, Sec., L'Islet). Membres actifs	23
50.—Société Médicale du district d'Arthabaska, (Dr. Richard, Sec., Warwick). Membres actifs	33
60.—Association Médicale du district d'Ottawa, (J. E. D'Amours, Sec., Papineauville). Membres actifs.	35
70.—Société Médicale de Montréal, (Albert Laramée, Sec., Montréal). Membres actifs	45.
80.—Société Médicale de Valleyfield, (Z. Rhéaume, Sec., Valleyfield). Membres actifs	14
90.—Montreal Medical and Chirurgical Society, (A. H. Gordon, Sec., Montréal). Membres actifs	160
100.—Société Médicale du comté de Shefford, (L. A. Lessard, Sec., Grandby). Membres actifs	19
110.—Société Médicale du district de Richelieu, (Isaïe Sylvestre, Sec., Soré). Membres actifs	45.
120.—Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean,	

(1) Communiqué au Bureau des gouverneurs à la réunion du 27 septembre 1905.

(Adélarde Riverin, Sec., Chicoutimi). Membres actifs	20
130—Société Médicale de la division du Golfe, (Jos. Gauvreau, Sec., Rimouski). Membres actifs	37
140.—Association Médicale du district de Trois-Rivières, (L. P. Normand, Sec., Trois-Rivières). Membres actifs.	50

Je crois qu'il existe aussi une Société Médicale à Sherbrooke, de même qu'à St-Hyacinthe, mais je n'ai pu me procurer ces informations.

De plus, il existe une Association dans Wolfe. Dans Dorchester, notre confrère M. Genest, de St-Barnard, se dévoue à la tâche d'organiser un syndicat de district. Enfin, M. le Dr. F. L. Langlais, de Trois-Pistoles, m'informe que la Société Médicale du district de Kamouraska est en bonne voie de réorganisation.

Voilà donc, Monsieur le Président, au-delà de 600 membres de la profession groupés en syndicats divers, et je crois être le porte-parole de chacun d'eux, en demandant aux gouverneurs du Collège de reconnaître ces syndicats et de les protéger.

Nous ne voulons pas dévaliser le Bureau; ce que nous demandons, il ne faut pas l'oublier, c'est simplement le surplus, les miettes dont pourra disposer notre Corporation; ces miettes ne devraient-elles servir qu'à payer quelques conférenciers émérites, qui iraient ici et là, aux réunions de nos sociétés diffuser la science de la médecine, en même temps que stimuler et encourager la solidarité.

Sans doute que, si le Bureau pouvait leur venir en aide, d'une façon plus effective, si, par exemple, il était possible de payer à chaque sociétaire un abonnement à un journal de médecine, et qu'ainsi nous puissions contribuer à la fondation et à l'existence d'un journal hebdomadaire dans notre province, répondant aux exigences actuelles, sans doute, dis-je, que ce serait là, à la fois, faire œuvre utilitaire et scientifique.

Du reste, la forme sous laquelle se manifesterait cet encouragement à la solidarité, importe peu, c'est le principe que nous voudrions faire reconnaître. Le fait seul pour le Bureau de se tenir en contact avec toutes nos associations, créerait

une force à son bénéfice d'abord, puis à l'avantage de chacun de nous.

Je demanderai donc, pour terminer, que notre Bureau accepte le principe d'encourager substantiellement nos associations, et que la loi médicale soit amendée dans ce sens.

Proposé par M. le Dr. A. Lessard, secondé par le Dr. A. Laurendeau:

Que la loi médicale soit amendée afin de permettre au Bureau de venir en aide substantiellement aux diverses sociétés médicales de la province, lorsque les moyens du dit Bureau le permettent.

Adopté.

ALBERT LAURENDEAU, M. D.,
St-Gabriel de Brandon.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENCE DE M. BOULET.

(Séance du 17 octobre 1905).

M. Frs. de Marligny rapporte l'observation d'une malade qu'il a opérée avec succès par la voie abdominale pour dégénérescence cancéreuse de l'utérus et des annexes. Il présente les pièces anatomiques, et démontre que l'envahissement complet du col l'a obligé de faire une laparotomie de préférence à l'hystérectomie vaginale, quoique, comme son maître Péan, il aime mieux cette dernière méthode. Lorsque tous les organes du bassin sont envahis, il est d'opinion de ne faire aucune grande intervention chirurgicale, car elle ne donne aux malades aucun résultat favorable. Il recommande, comme le meilleur traitement, l'opération la plus bénigne: Cautérisation au thermo-cautère, pansements aseptiques et antiseptiques.

M. Lasnier dit préférer dans ces cas la voie vaginale, elle est moins dangereuse, plus rapide, et plus facile pour le traitement ultérieur qui nécessite de nombreux pansements.

M. Marien fait l'examen des pièces pathologiques présentées et affirme qu'il ne trouve pas de traces de cancer; il ne constate que des lésions de métrite chronique et demande la

permission de les apporter au laboratoire. Il parle en faveur de grandes interventions qui peuvent donner des chances de survie aux malades.

M. Monod ne croit pas qu'il y ait indication de faire de grandes interventions chirurgicales lorsque la lésion cancéreuse occupe un siège trop étendu.

M. Frs. de Martigny répond qu'il a choisi la voie abdominale parce que, dans ce cas-ci, la voie vaginale était contre-indiquée. Cette dernière est la méthode de choix lorsque les annexes ne sont pas complètement dégénérées, les adhérences trop nombreuses et l'utérus légèrement mobile. La mortalité par la voie vaginale n'est que de 4 à 5 p. 100. Il n'a aucune objection à laisser les pièces et les coupes qu'il présente aux membres de la société. Quant aux grandes interventions recommandées par *M. Marien*, il les désapprouve entièrement dans tous les cas de cancers avancés de l'utérus et des annexes.

Il ajoute avoir, l'an dernier, qualifié de *sport chirurgical* certaine témérité opératoire, il ne veut pas rouvrir encore la discussion sur ce sujet, afin de ne pas être obligé de retirer certaines expressions non parlementaires. Toutes opérations quelque graves ou pénibles soient-elles, doivent être tentées, si l'on peut améliorer ou guérir son malade, mais c'est discréditer la chirurgie si, après de grandes interventions, les malades attendent la mort dans de plus grandes douleurs.

M. Monod soumet à l'étude des membres de la société l'observation d'un cas de rétention vésicale dont la cause n'est pas facile à déterminer. Son malade a souffert subitement de rétention quelque temps après un traumatisme dans la région de l'urèthre. Après certaines tentatives de catéthérisme une uréthrotomie externe montra une anomalie du canal qui présentait un diverticulum du canal où s'engageait la sonde à chaque catéthérisme antégrade, le catéthérisme rétrograde fut fait sans difficulté. *M. Monod*, recherchant la cause de cette rétention, élimine le tabes, l'hystérie et la possibilité d'une fausse route, il croit qu'il existe un double canal d'origine congénitale, et une paralysie vésicale.

M. Frs. de Martigny porte le même diagnostic et est d'opinion qu'un urèthre anormal est plus sensible au traumatisme et une légère congestion peut facilement en obstruer la lumière

et la paralysie vésicale serait le résultat de la surdistension. L'opération a très bien réussi malgré l'infection que pouvait causer l'urine; il rapporte deux opérations de taille qu'il a faites chez des malades aux urines infectées et qui ont rapidement guéri sans aucune complication, même chez un vieillard prostatique âgé de 82 ans.

M. Marien croit qu'il y a eu fausse route et paralysie vésicale par surdistension prolongée.

M. Lasnier fait remarquer que les troubles du tabes et de l'hystérie ne sont pas faciles à éliminer, surtout lorsqu'il existe, comme dans le cas présent, un délire agité et loquace.

M. Dubé est d'opinion qu'il existe une paralysie vésicale par surdistension.

M. E. P. Lachapelle annonce que le Collège des Médecins a résolu de venir en aide aux sociétés médicales dès que le trésorier de notre bureau aura une réserve de \$5,000 en caisse. Il ne croit pas que des abonnements aux revues, des achats de livres, puissent favoriser également tous les membres des sociétés. Pour avoir des économies, il faut commencer par diminuer les dépenses autant que possible: le rappel définitif des assesseurs serait une grande économie. La fondation d'un bureau permanent à la charge d'un officier exécutif ayant un salaire fixe de \$2,000 mérite d'être mise à l'étude. La demande de cinq années d'étude médicale fut refusée l'an dernier par nos législateurs, mais nous espérons être plus heureux cette année. La réciprocité pour l'admission à la pratique de la médecine en Angleterre nous sera bientôt accordée, dit-il, une loi devant le Parlement anglais autorise l'échange des licences avec chacune de nos provinces qui voudront bien accorder cette faveur. Pour nous, ajoute M. le docteur Lachapelle, la question actuelle la plus importante c'est la réciprocité interprovinciale; pour atteindre ce but, il propose l'organisation d'un *Bureau central d'examineurs* devant lequel tous porteurs de diplôme universitaire devront subir un nouvel examen pour obtenir la licence, comme la chose se passe chez les avocats et les notaires. Le Collège sera bientôt en position de dire qu'un tel diplôme donnerait le droit d'exercer dans tout le Canada, après entente cordiale avec chacune des autres provinces.

NOUVELLES

CINQUANTE CAS D'ŒSOPHAGOSCOPIE

M. Guisez (de Paris), depuis octobre 1903, a eu l'occasion d'examiner un peu plus de cinquante malades à l'œsophage. C'est le résultat de ces examens qu'il tient à rapporter fidèlement:

Quatorze malades ont été examinés pour des *corps étrangers réels ou imaginaires*. Dans quatre cas le corps étranger existait réellement et a été extrait séance tenante (arête de poisson, os, pièces de monnaie, etc.). Chez d'autres il était déjà descendu dans le tube digestif. — Dans six cas il s'agissait de corps étrangers imaginaires. Mais, même dans ces cas, il existait bien souvent une toute petite lésion (une brûlure médicamenteuse chez un malade vu tout récemment) qui, chez des sujets nerveux, suffit à entretenir la dysphagie.

Chez 15 malades l'œsophagoscope a confirmé ou permis d'établir le diagnostic de *cancer*: l'immobilité de la région malade, les petites végétations fongueuses, saignantes, le mucus filant, visqueux, strié de sang qui remplit la dilatation sus-jacente ont permis de trancher le diagnostic *de visu*.

Cette méthode a fixé dans certains cas la nature des *rétrécissements cicatriciels* (syphilis, brûlures).

Le *spasme simple* de l'œsophage, l'*œsophagisme*, ont été diagnostiqués dans huit cas. Dans trois d'entre eux le diagnostic d'épithélioma avait été posé à l'aide des signes cliniques et l'idée d'une intervention (gastrostomie) avait été posée alors qu'une simple médication antinerveuse a suffi pour supprimer la dysphagie.

Influence du régime végétarien sur les dents. — Le régime végétarien n'a aucune influence défavorable sur les dents, lorsque, grâce à l'introduction d'une certaine quantité de pain rassis, dans la ration quotidienne, on impose aux dents un travail équivalent de celui que nécessite la mastication de la viande.

La mortalité des médecins aux Etats-Unis et au Canada. — Le nombre des médecins praticiens, décédés aux Etats-Unis et au Canada, pendant l'année 1904, s'est élevé à 2,142, d'après le *Journal of American medical Association*, ce qui équivaut à un taux de mortalité de 12,14 0/00. L'âge moyen des décédés dépassait légèrement la soixantaine, et la durée moyenne de la pratique médicale s'élevait un peu au-dessus de 30 ans. La statistique publiée par le journal susdit présente certaines lacunes. Dans 954 cas, la cause du décès a été omise ou indiquée en termes par trop vagues. En tête des causes de mort, figurent les maladies de cœur (205 cas), les hémorragies cérébrales (179 cas) et la pneumonie (172 cas). La néphrite n'est intervenue que dans 91 cas et la tuberculose dans 90 autres; 39 médecins ont succombé à un cancer, 37 à la fièvre typhoïde et 23 à une septicémie contractée le plus souvent au cours d'une opération. Le diabète n'est mentionné que 20 fois comme cause du décès, la gastrite 20 fois, la péri-typhlite et la méningite chacune 15 fois, la bronchite 11 fois, la démence 11 fois, l'asthme, l'influenza, l'ataxie locomotrice, le rhumatisme, la gangrène respectivement dans 6 cas. Le nombre des morts violentes s'est élevé à 95, dont 36 se rapportent à des suicides et 12 à des assassinats. L'âge des décédés a varié entre 22 et 104 ans; 57 ont atteint la soixantaine; 45 sont morts entre 65 et 68 ans, 43 autres à l'âge de 67 ans; 596 ont dépassé l'âge de 70 ans, et 241 l'âge de 80 ans; enfin 4 sont morts plus que centenaires, dont 1 a atteint l'âge de 104 ans.

L'épidémie de méningite cérébro-spinale en Silésie. — L'épidémie de méningite cérébro-spinale, qui a désolé une partie de la Silésie, dans le courant de cette année, peut être considérée comme parvenue à son terme. Le nombre de sujets atteints au cours de cette épidémie, dans les districts silésiens, dont le début remonte au 19 novembre 1904, a été de 2,950, et le nombre des décédés de 1,600. Pour la Prusse entière, ces nombres ont été de 3,250 et de 1,750. En somme, le taux de la mortalité a été très élevé.

ON DEMANDE un médecin ayant des connaissances pratiques dans l'art des préparations pharmaceutiques, pour prendre la gérance de ce département, et répondre à la clientèle française, dans une très importante maison de gros d'instruments de chirurgie. S'adresser 473 rue Sherbrooke, Montréal.

Le nombre des étudiants en médecine aux Etats-Unis. — A la fin du mois de juin dernier (1905), le nombre des étudiants en médecine immatriculés dans les diverses Facultés des Etats-Unis, s'élevait à 26,147; par rapport à la précédente année, il était en diminution de 1,995 unités. On voit que la pléthore médicale sévit un peu partout.

Le rôle des huîtres dans la propagation de la fièvre typhoïde. — D'après le Dr Nash, ce rôle n'est pas à mettre en doute. Le bacille d'Eberth trouve dans les huîtres un excellent milieu de culture, et presque toutes celles qui sont parquées au voisinage des points où débouchent des égouts, des cours d'eau qui charrient des immondices, sont contaminées.

A VENDRE : Magnifique balance pour bureau de médecin, d'une valeur de \$33.00, pour \$20.00, avec échelle graduée pour mesurer. Sans échelle, la balance, d'une valeur de \$28.00, sera vendue pour \$18.00. Aussi 100 Winchester (72 onces) de cellulogène d'une valeur de six piastres, seront vendus à trois piastres chaque.

S'adresser: "La Publicité Générale Cosmos, Ltée", No. 58 rue St-François-Xavier, Montréal.