

PAGES

MANQUANTES

Montréal-Médica

REVUE MENSUELLE

UNE PIASTRE PAR ANNÉE

MÉDECINE

CHIRURGIE

SANTÉ

DIAGNOSTIC

Sommaire



L'Obésité simple et l'Obésité compliquée, par M. le Professeur M. LAPÉRE 317

41 cas de grossesse intra-utérine et 3 morts, par M. le Dr. LAFRANÇOIS 318

Le traitement physiologique des dyspepsies, par M. le Docteur D. E. LECHEVALIER 323

Le rhumatisme purpurale existe-t-il, par M. le Professeur BÉGIN 326

Les fractures et les luxations du radius, par M. le Professeur KAMARSON 330

Le diagnostic et le traitement des tumeurs du sein, par M. le Professeur KÖRBER 335

L'Agénésie et la fièvre typhoïde, diagnostic différentiel 334

L'Anémie des nourrissons et son traitement, 333

Le traitement de l'éczéma, par M. le Docteur VANTOT 340

Le Digitalis et son principe actif, 343

Une nouvelle méthode pour la culture de l'éponge en Floride, 349

Comment obtenir une huile végétale, 349

Le Protosol dans le rhumatisme, 349

L'abus des sports et ses effets sur le cœur, 349

Quels sont les troubles visuels dus à l'abus de l'alcool et du tabac, 354

Le Camphre synthétique, 355

Intérets professionnels comment les faire prospérer pendant les futures élections, par M. le Docteur LAYRNEAU 357

Nouvelles, 358

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

1928-1929 L'ÉD.

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



NEMOGLORINE BESCMIENS

Produit par la Compagnie Canadienne de Produits Chimiques, 440, Rue Saint-Denis, Montréal.

UNIQUE dans le monde pour le Canada et les États-Unis. Pour le Canada, s'adresser à la Compagnie Canadienne de Produits Chimiques, 440, Rue Saint-Denis, Montréal. Pour les États-Unis, s'adresser à la Compagnie Canadienne de Produits Chimiques, N. Y.

LE MONTREAL-MÉDICAL

VOL. 8

25 Septembre 1908

N° 7

L'Obésité simple et l'Obésité compliquée

PAR M. LE PROFESSEUR LABBÉ

De tout temps on a distingué deux types d'obèses : l'obèse floride, et l'obèse, cachectique. Ces deux types cliniques existent bien : le premier représente l'obésité simple, le second l'obésité compliquée.

Dans l'obésité simple, l'augmentation de poids est produite par l'accumulation de graisse ; dans l'obésité compliquée, il y a, outre la graisse, des œdèmes dus aux altérations du cœur et des reins et analogues à ceux des cardiaques et des brightiques. L'obésité compliquée est l'aboutissant fatal de l'obésité simple ; généralement tardive, elle peut être précoce si une infection a lésé le cœur ou les reins. La rétention chlorurée n'est pas le fait de tous les obèses, mais seulement de ceux de la seconde catégorie.

Pour mettre en lumière la constitution de ces deux types d'obésité, il suffit de suivre les effets de la cure d'amaigrissement : dans le premier cas la perte de poids se produit seulement aux dépens des graisses du corps, ainsi que le prouve l'étude du bilan de la nutrition ; dans le second cas, elle se fait à la fois aux dépens des graisses et des liquides d'œdème : elle est plus considérable que ne le fait prévoir la combustion des graisses nécessitée par l'insuffisance du régime.

Le traitement n'est pas identique dans les deux cas : dans l'obésité simple, la cure a pour base la réduction de l'alimentation au-dessous des besoins de l'organisme et l'exercice physique exagéré ; l'amaigrissement est difficile à obtenir. Dans l'obésité compliquée, la base du traitement est le régime lacté ou le régime déchloruré et la réduction modérée de l'alimentation ; le repos est nécessaire ; l'amaigrissement est rapide et considérable.

Quarante et un cas de grossesse tubaire, dont deux mortalités

PAR M. LE DOCTEUR A. LAPHORN SMITH .

Chirurgien en chef de l'Hôpital Samaritan; Gynécologue au Western general Hospital et au Montréal Dispensary, etc., Montréal.

Comme un rapport détaillé de chacun de ces quarante et un cas serait trop long pour l'espace dont nous disposons, je décrirai seulement les plus frappants, et particulièrement les deux cas de mortalité. Je désire aussi mentionner trois autres cas qui vinrent à ma connaissance, mais qui ne furent pas traités par moi, et ainsi ne se trouvent pas compris dans la série des quarante et un.

Quand nous considérons que cet état fut décrit dans le xi^e siècle, mais resta une curiosité pathologique jusqu'à il y a environ vingt-cinq ans, il est simplement merveilleux de constater le progrès fait durant le dernier quart de siècle. A Lawson Gait, de Birmingham, nous devons beaucoup pour avoir démontré que la grossesse tubaire ne fut jamais une maladie médicale, mais bien toujours une maladie chirurgicale. Quoiqu'il ait avoué qu'elle ne pouvait jamais être diagnostiquée avant la rupture, plusieurs de ses disciples ont perfectionné son enseignement, si bien que c'est maintenant un événement commun de diagnostiquer ou plutôt de soupçonner une grossesse tubaire et de prévenir les accidents. Sur ce continent, nous devons une grande partie de notre enseignement énergique à l'un des élèves de Gait, le docteur Joseph Price, de Philadelphie. Si je puis rapporter quarante et un cas, c'est parce que j'ai engagé beaucoup de médecins de mon entourage à abandonner la règle de l'abstention pour mettre le mécanisme de conservation de la vie en mouvement, au moment où ils soupçonnent cet état.

Le premier principe à appliquer est une consultation avec un chirurgien spécialiste qui, à son tour, fera le premier pas, c'est-à-dire ouvrira l'abdomen dès qu'il aura vérifié ses soupçons. Un de mes deux cas de mort était complètement dû à ce que j'avais attendu un diagnostic plus certain du troisième au neuvième mois, au lieu de faire une incision exploratrice quand l'état avait d'abord été soupçonné par un praticien qui avait déjà diagnostiqué sept ou huit cas, dont quelques-uns avant la rupture, et qui avaient tous pu être guéris.

Le professeur Schauta, de Vienne, a récemment réuni une collection de statistiques couvrant une période de vingt ans, et montrant que la mortalité a été réduite de quatre-vingt-sept pour cent dans les cas où il n'y eut pas d'opération à cinq et sept pour cent dans ceux où il y eut opération. Mon taux de mortalité est exactement de cinq pour cent.

Il y a quinze ou vingt ans, les praticiens rencontraient quelquefois des personnes sceptiques au sujet de cet état, et qui ne croyaient pas devoir conseiller une opération avant ou même après la rupture, ces médecins tenaient ainsi la vie de leurs patientes bien près de la mort.

Je pris beaucoup de peine pour engager chacun d'eux à être présent à une opération où un gallon de caillots ou de sang liquide devait être enlevé de l'abdomen d'une femme mourante ; après avoir vu un pareil cas, ils furent vite convertis et commencèrent à observer davantage les cas semblables. Pour donner un exemple du scepticisme d'il y a vingt ans, je fus appelé auprès d'une femme dont j'observai les différents temps du travail de l'accouchement. En l'examinant, je trouvai la tête de l'enfant à travers le vagin et l'utérus poussé contre la paroi abdominale, de façon qu'elle pouvait être sentie en palpant avec les deux mains. En disant aux membres de la famille que c'était une grossesse abdominale, expliquant ce que c'était, et demandant la permission d'une consultation avec un chirurgien abdominal, ils me congédièrent promptement et mirent cette femme entre les mains du médecin qui avait la plus forte

clientèle dans la ville. Il leur dit qu'il n'avait jamais rencontré un pareil cas, que c'était un travail ordinaire, et qu'il se terminerait d'une façon ordinaire. Elle eut trois jours de douleurs sévères sans aucun bébé, et alors tout se calma et il fut dit que c'était une tumeur fantôme qu'elle avait eue.

Un autre exemple d'il y a une dizaine d'années. Une femme, dans la partie est de Montréal, fut prise de crampes sévères et de syncope après avoir mangé de bon cœur quelque nourriture indigeste. Le médecin du voisinage fut appelé et il déclara que c'était un cas d'indigestion pour lequel il prescrivit un émétique qui eut son effet, mais, au lieu de s'améliorer, sa condition s'aggrava tant que le médecin fut renvoyé et on en appela un autre. Il conclut que le cas était grave, mais pensa qu'il y avait quelque attaque de nerfs aiguë, car la femme était très agitée et criait qu'elle allait mourir. On appela un troisième confrère plus âgé qui s'informa de grossesse, mais comme elle n'avait pas manqué une période, et qu'au contraire elle avait eu menstruation deux fois dans le dernier mois, et avait même perdu un peu, il différa sa proposition, et fit le diagnostic d'ulcération de l'estomac. Pendant ce temps, la femme se mourait et recevait les derniers sacrements, On consulta un quatrième médecin qui eut l'idée de grossesse tubaire, M. le docteur Warren, un de mes élèves, qui m'avait assisté dans une demi-douzaine de laparotomies pour hémorragies abdominales ; reconnaissant l'état, il proposa une intervention et triompha des nombreuses difficultés et obstacles qui sont toujours placés à dessein sur le chemin de l'homme qui propose de faire quelque chose hors de l'ordinaire. Enfin, la femme fut opérée ; elle était sans pouls, presque sans connaissance, son abdomen dilaté fut ouvert et nettoyé. Le sang jaillit avec violence, et chacun des tubes et ovaires fut pris et examiné sans pouvoir trouver la source de l'hémorragie. Alors, l'utérus fut remonté, et là, dans le coin gauche, juste à l'endroit où le tube passe à travers la paroi utérine, là se trouvait une déchirure en lambeaux d'où s'échappait du sang d'un rouge encore très brillant. A l'in-

érieur de cette déchirure se trouvait une cavité où l'on pouvait mettre une noix de gypse, bordée d'une membrane saignante et pourprée que l'on gratta avec le manche d'un scalpel, le sang fut facilement et promptement arrêté, en passant deux ou trois sutures. On passa encore cinq minutes à enlever environ un gallon de sang et de caillots, on lava l'abdomen avec un gallon de sérum artificiel et l'incision fut fermée. Dès le lendemain, quoique aussi pâle que la cire, la malade se sentait mieux et, dès lors, elle se rétablit promptement. Elle a eu plusieurs enfants depuis.

D'avoir eu le courage d'opérer cette femme et deux autres qui furent amenées, au « Samaritain Hospital », moribondes, je le dois à une leçon que me donna le docteur Auguste Martin qui, durant une de mes visites à Berlin, m'appela, un dimanche après-midi, pour une opération. Il y avait sur la table une femme qui paraissait plutôt morte, sans pouls et respirant à peine. Néanmoins, il l'ouvrit promptement, et le sang accumulé jaillit dans l'air. En quelques secondes, il avait entre ses mains le tube rompu qui laissait couler un peu de sang. Il l'emboîta, l'attacha, sortit un peu de caillots, versa de l'eau saline et referma. Je revis cette femme marcher quelques semaines après.

L'autre cas était presque aussi grave, et fut bien guéri, lui aussi. Depuis, je n'ai pas rencontré de cas qui fût assez désespérant pour ne pas consentir à intervenir.

J'ai mentionné que j'avais rencontré trois autres cas qui ne furent pas traités par moi. J'en ai déjà décrit un comme n'ayant pas eu un bon traitement en temps opportun. Maintenant, je parlerai d'un autre qui décida pour moi une question que l'on discutait alors depuis une dizaine d'années, et que l'on discute encore aujourd'hui, surtout quand il s'agit d'opérer. Je fus appelé, par une froide matinée, dans une des banlieues, auprès d'une femme bien malade qui, s'étant levée avant six heures le matin pour préparer le déjeuner de son mari, avait été prise de crampes et s'était évanouie sur le parquet. Avant de la voir, pendant même que les paroles venaient du téléphone à côté de mon lit, je me dis à moi-même que cela avait l'air d'une grossesse tubaire rom

pue. Environ une heure plus tard, un coup d'œil jeté sur elle confirma le diagnostic. Elle était d'une pâleur de mort, avait un regard anxieux et articulait difficilement quelques mots. Elle pensait qu'elle était enceinte depuis deux mois, par la sensation qu'elle éprouvait en elle, bien qu'elle avait eu quelques hémorragies irrégulières pendant ce temps. Sur examen de l'utérus, on le trouva vide et l'on sentit une masse gluante sur un côté. Elle refusa absolument d'aller à l'hôpital, et je me décidai de l'opérer là, mais j'eus la maladresse d'aller chez moi pour chercher quelques instruments, au lieu d'emprunter un couteau, des sutures, une aiguille chez le docteur ou chez le pharmacien le plus proche. Quand je revins, environ une heure plus tard, avec une garde-malade et quelques instruments, elle était partie. Quelques amis avaient été appelés aussitôt que je l'eus quittée, puis ils avaient fait venir l'ambulance d'un des hôpitaux, sans la consulter, et quand elle arriva, elle n'avait conscience de rien et ne put pas s'opposer.

(A suivre.)

L'enfant est un tube digestif, l'adolescent est un vésicule pulmonaire, l'adulte a le devoir d'être un cerveau. On marche avec ses muscles, on court avec ses poumons, on galope avec son cœur, on résiste avec son estomac, on arrive avec son cerveau.

Le traitement physiologique des dyspepsies

Paris, 2 septembre 1908.

L'étude de la gastrite chronique est toujours un problème à l'état aigu pour le thérapeute qui reçoit des malades se plaignant de dyspepsie. Afin de bien fonder un diagnostic et de bien formuler un traitement, il est bon de se rappeler que l'estomac est en même temps un laboratoire de physique et de chimie qui possède sa puissance dynamique et chimique propre, selon l'intégrité de ses parties constituantes et le bon état de santé général. Cet organe est une cornue élastique ayant un col supérieur vertical qui fait suite à l'œsophage et un autre inférieur et horizontal qui communique avec le duodénum, sa structure complexe est formée d'une muqueuse, d'une sous-muqueuse aréolaire, d'une tunique musculaire, d'une membrane séreuse, de vaisseaux et de nerfs ; chacune de ces parties peut être affectée isolément et troubler la physiologie normale de la digestion. Aussi lorsque le foie, le rein ou un autre organe important devient malade, l'estomac en est simultanément affecté. A cause de ces différentes étiologies, une classification pathogénique des dyspepsies rencontre un grand nombre d'opinions divergentes.

Le Canadien Saint-Martin, célèbre par sa fistule gastrique, fut, pour Claude Bernard et Beaumont, un intéressant sujet d'étude concernant la sécrétion des sucs de l'estomac. Les glandes tubulaires disséminées dans toute l'étendue de la muqueuses de l'estomac, en nombre d'environ 5 millions, sont réunies par groupe de deux ou trois et débouchent à la surface par un canal commun. Le suc gastrique contient du mucus, de l'acide chlorhydrique, de la pepsine et de la présure, il est bien démontré aujourd'hui que l'acide chlo-

rhydrique se forme dans la profondeur de toutes les glandes de l'estomac et qu'il est le produit du dédoublement du chlorure de sodium de l'organisme, les cellules de revêtement ont aussi un rôle à jouer dans la sécrétion et la production de l'acide.

Lorsque l'on prive un animal de tous aliments chlorurés, l'acidité gastrique disparaît après un certain temps pour reparaitre lorsqu'on lui donne du chlorure de sodium.

La pepsine est aussi formée dans toutes les glandes gastriques, tant celles de la région pylorique que fundique. Elle paraît s'élaborer dans les parties profondes des culs-de-sacs glandulaires, voisine de la couche musculieuse, car, si l'on fait une macération des coupes superficielles et des coupes profondes, ce sont ces dernières qui sont les plus riches en pepsine.

La présure ou labferment est une diastase qui a la propriété de dédoubler la caséine en deux substances : le caesum, substance caséogène, et l'albuminoïde du lactosérum. Ces deux substances sont retrouvées dans le lait transformé par le suc gastrique. Les cellules muqueuses de l'estomac engendrent aussi un mucus, sécrété à la façon des glandes mérocrines et élimine sous forme de mucine, le mucigène s'accumule dans le protoplasma de ces glandes pendant la période de sécrétion latente. Ces notions sont de la plus haute importance pour le traitement rationnel et physiologique des dyspepsies.

En règle générale, les renseignements cliniques bien interprétés suffisent pour établir le diagnostic exact de la forme d'une dyspepsie.

Lorsque la triade symptomatique de malaises, de renvois acides et de douleur localisée au creux épigastrique apparaît trois ou quatre heures après le repas, c'est la signature de l'hyperchlorhydrie ; tous ces symptômes se manifestent lorsque l'Hcl. en excès se trouve de nouveau en contact avec la muqueuse.

Pour confirmer ces faits par l'analyse, on donne au malade, le matin à jeûn, le repas d'Ewald qui laisse plus facilement déceler l'acide chlorhydrique libre que si l'on fait

ingérer des aliments albuminoïdes qui se combinent avec l'acide.

Ce repas d'épreuve est composé de 60 grammes (2 onces) de pain blanc rassis et 250 grammes (8 onces) de thé. Une heure après, on retire le contenu de l'estomac, l'on filtre et si dans une petite capsule de porcelaine contenant 60 gouttes du liquide stomacal l'on verse quelques gouttes de la solution Vanilline-Phloroglucine (Vanilline 1 partie, Phloroglucine 2, alcool absolu 30) et que l'on chauffe légèrement ; l'on voit aussitôt se former au bord du liquide une belle zone rouge, il existe de l'acide chlorhydrique.

La solution jaunâtre de Tropoléine *aa* donnera aussi une belle coloration rouge en ajoutant un liquide contenant une faible quantité d'acide. Selon l'intensité des réactions qualitatives, l'on peut souvent lire s'il existe une quantité grande ou petite d'acide chlorhydrique.

Pour savoir si la sécrétion gastrique est continue, il faut examiner le contenu de l'estomac six à sept heures après le dernier repas et lorsqu'on retrouve une quantité appréciable d'acide chlorhydrique, l'on est autorisé à conclure qu'il existe une hypersécrétion anormale de l'estomac. Cette recherche nous démontre aussi l'inertie ou l'activité motrice de l'estomac.

Dans la pratique, l'acide acétique, butyrique, les acides gras se reconnaissent par l'odeur.

Pour rechercher l'acide lactique dans une éprouvette contenant le réactif d'Uffelmann (perchlorure de fer carbolisé à 3 % et 4 %), l'on verse un peu de liquide stomacal et s'il existe de l'acide lactique la teinte bleu d'acier se transforme en une coloration nettement jaune ou jaune verdâtre.

En présence d'un estomac hyperchlorhydrique non dilaté, quelle qu'en soit la cause : anatomique ou fonctionnelle, le traitement le plus important est la diététique.

Les repas, pris régulièrement et très lentement, seront composés d'aliments qui réduisent au minimum l'irritation glandulaire. Le repos d'une demi-heure après chaque repas et le port d'une ceinture gastrique sont très favorables pour ralentir les mouvements et les sécrétions de l'estomac et re-

tarder son évacuation. Il existe des substances succagogues, des substances peptogènes ; d'autres aliments sont indifférents, d'autres sont inhibitifs de la sécrétion ; ce n'est qu'après avoir recommandé un régime hygiéno-diététique suivant qu'il y a indication d'instituer une médication gastrique.

(*A suivre.*)

Paris, 2 septembre 1908.

D^r D.-E. LECAVELIER.

Le Rhumatisme puerpéral

PAR M. LE PROFESSEUR BAR

Le rhumatisme puerpéral ne soulève plus les discussions qui jadis s'attachaient à sa signification. Lorain en faisait une variante clinique du rhumatisme général, Pieter le considérait comme une variété du rhumatisme articulaire. Quinquaud comme une expression clinique du rhumatisme infectieux. Tout cela est vrai, mais n'occupe qu'une place très secondaire dans le tableau étiologique. En fait, l'opinion aujourd'hui est définitivement assise. Le rhumatisme puerpéral n'existe pas. Il s'agit dans l'espèce d'un rhumatisme blennorragique. Ce rhumatisme affecte deux formes : une forme lente, discrète et larvée, et une forme supprimée. Le premier apparaît pendant la grossesse, le second après l'accouchement. Les blennorragies qui lui donnent naissance sont tardives ; ce sont des accidents de la troisième, quatrième, dixième semaines. Et ce sont aussi des complications des blennorragies étendues. La portion prévésicale de l'urèthre, la vessie, l'utérus sont infectés. La maladie se rencontre plus fréquemment dans le cas où l'urèthre a été brutalisé par un traitement intempestif qui réduit les réactions

de défense de la muqueuse. Aussi le rhumatisme blennorragique est-il plus fréquent chez l'homme que la femme (229 hommes, 42 femmes). Il apparaît comme la manifestation d'une septicémie gonococcique plus que d'une intoxication, car on trouve des gonocoques dans le pus articulaire.

Chez la femme, c'est surtout vers la fin de la grossesse que cette complication prend naissance. Sur 44 cas, Bégouin l'a observée 23 fois après le septième mois. Après l'accouchement, un intervalle de quelques jours à quelques semaines s'écoule avant la localisation articulaire. L'apparition très précocée, et parfois dans les vingt-quatre premières heures, nous apprend que sans doute, avant la délivrance, la maladie préparait déjà son éclosion. Quant aux articulations prises, c'est le poignet qui est atteint de préférence (sur 48 cas, 18 fois); le genou, sur le même chiffre de malades, s'est enflammé 18 fois et le coude 9 fois. Les petites articulations des doigts et des orteils sont fréquemment touchées.

La forme torpide et non suppurante s'observe aussi bien pendant la grossesse que les suites de couches. Le début s'annonce par des douleurs rhumatoïdes vagues, erratiques; la fièvre, les phénomènes généraux sont peu accentués. Au bout d'un septénaire, la fixation articulaire s'opère, et parfois une petite articulation, celle d'un orteil, se prend. Du gonflement, de la douleur apparaissent et se prolongent pendant huit à quinze jours; un certain état œdémateux des téguments, de la raideur articulaire, parfois de l'ankylose, de l'atrophie dans les muscles locaux font suite. Si l'on ponctionne l'articulation, on en retire une sérosité rouge qui contient des gonocoques.

Dans la forme suppurante, le début est violent, la fièvre vive (T. 39° à 40°). C'est après l'accouchement. Il est exceptionnel que le rhumatisme suppure en d'autres circonstances; il faut, en pareil cas, une infection surajoutée par la pratique d'un cathétérisme malpropre, ou l'introduction de bougies infectées dans l'utérus.

Après l'accouchement, c'est le streptocoque qui, exagérant le pouvoir purulent du gonococque, est le facteur essentiel

de ces suppurations. M. Bar a observé deux faits de cet ordre, car cette complication est exceptionnelle.

L'état général de la malade est compromis ; des douleurs de ventre (paramérite) précèdent parfois l'envahissement articulaire ; au bout d'une semaine, la localisation articulaire se fait ; deux, une jointure grossissent, s'œdématisent, deviennent fluctuantes. Chose curieuse, on constate peu de rougeur à la peau, laquelle ne se laisse pas distendre et ne s'ouvre pas. La fièvre poursuit une marche à grandes oscillations et, en quelques semaines, la défervescence est opérée ; mais encore plus que dans les formes non suppurantes, il se produit une pseudo-ankylose et une atrophie rapide des masses musculaires.

Le diagnostic de la maladie sera fait avec les arthrites du puerpérisme infectieux ; là encore, l'articulation se prend et l'état général est mauvais ; mais la jointure rougit, l'atteinte générale est plus marquée ; le pus, d'ailleurs, renferme du streptocoque, non du gonocoque. Celui-ci est, au contraire, extrait du pus des arthrites gonococciques et demeure stérile sur des milieux non humanisés. De plus, la femme a du gonocoque dans les voies génitales.

Dans les formes non suppurées, le diagnostic est aisé. Il suffit de se méfier des douleurs articulaires torpides qui atteignent la femme enceinte et s'accompagnent souvent d'une leucorrhée plus abondante, d'un col exulcéré, d'une vaginite granuleuse, d'une urétrite ou cystite. En songeant à la blennorrhagie, on sera d'ordinaire dans la bonne voie. Seulement, ce qui est curieux à constater, c'est le grand nombre de femmes blennorragiques qui échappent à la localisation articulaire ; il faut, en effet, que le gonocoque atteigne les voies supérieures (vessie, utérus) pour qu'il se réchauffe. La moindre résistance de la femme, à partir du septième mois de la grossesse, permettra à cet échauffement de s'opérer. De même qu'un cancer du col, une syphilis vulvaire prennent une forte extension vers la fin de la grossesse, ainsi la blennorrhagie se réveille et s'aggrave. Et ce ne sont pas seulement les lésions locales qui se développent, les maladies générales : variole, pneumonie, tuberculose

prennent également une allure plus redoutable. Il n'est donc nullement étonnant que le gonocoque, à la même période ait tendance à faire de la septicémie gonococcique. Pour les arthrites suppurées qui suivent l'accouchement, un autre élément que la diminution de résistance doit être invoqué : il faut compter, comme nous l'avons dit, avec le pouvoir purulent du gonocoque qui se trouve renforcé par la présence du streptocoque.

Le traitement est très simple. On sait que le salicylate de soude n'agit pas. On se contentera, dans les formes non suppurées, de maintenir le membre en bonne position et, aussitôt les douleurs passées, de mobiliser les jointures et de pratiquer les massages. Dans les formes suppurées, alors que l'ouverture large de la jointure est commandée, dans les arthrites streptococciques il n'en va pas de même pour les arthrites gonococcique. La ponction simple peut encore suffire et elle a réussi dans les deux cas qu'a eu à traiter M. Bar. Il n'est point prouvé du tout qu'une ouverture chirurgicale rapide amènerait de meilleurs résultats et éviterait l'atrophie consécutive.

Le droit et le devoir sont comme deux arbres qui ne portent des fruits que s'ils croissent l'un à côté de l'autre.

La santé dépend plus des précautions que des remèdes; tout individu qui meurt de contagion est victime d'un meurtre.

Les fractures du cubitus avec luxations du radius chez les enfants

PAR M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

Les fractures du cubitus avec luxations du radius sont des plus importantes en pratique. Si la luxation du radius n'est point réduite, une infirmité incurable peut faire suite.

C'est là du reste un caractère particulier aux fractures du membre supérieur que cette gravité plus grande chez les enfants. Les fractures du membre inférieur comportent beaucoup moins de risques. Les fractures du col du fémur sont exceptionnelles ; celles de la diaphyse fémorale guérissent sans raccourcissement ; elles restent sous-périostées, et une extension continue suffit comme traitement. Les fractures de jambe sont de diagnostic souvent difficile ; il n'y a pas de déplacement ; elles sont sous-périostées. La crépitation est difficile à percevoir. Quant aux fractures de jambes graves : obliques, spiroïdes, fractures du péroné avec déjètement du pied en dehors, tout cela est exceptionnel.

Les fractures du membre supérieur exposent à des suites bien plus fâcheuses. Surtout les fractures du coude sont à craindre, et après celles-ci les fractures du cubitus avec luxation du radius. A remarquer que chez l'enfant la fracture de l'extrémité inférieure du radius est fort rare. Il y a décollement des épiphyses, non fracture. Quant à la fracture des deux os de l'avant-bras, elle est bien répandue, mais siège à quatre ou cinq centimètres au-dessus de l'articulation du poignet. Ajoutons que chez l'enfant on observe souvent des fractures incomplètes, en bois vert, comme on dit, à tel point qu'il faut parfois compléter la fracture sous chloroformisation, pour obtenir une réduction convenable.

Les fractures isolées du cubitus avec luxation du radius ont d'abord été étudiées par Malgaigne. M. Kirmisson en a jusqu'aujourd'hui réuni dix exemples. C'est donc un accident rare, mais combien redoutable, si le médecin n'intervient pas en temps opportun.

Un enfant de 5 ans 1/2, renversé par un autre enfant, tombe, et son avant-bras gauche heurte contre un mur. Aussitôt il survient du gonflement, le membre est impotent, l'avant-bras occupe une position intermédiaire entre la flexion et l'extension, la pronation et la supination. Le gonflement se prolonge au-dessus de l'articulation du coude ; une ecchymose couvre la partie antéro-interne de l'avant-bras. Le cubitus est mobile et l'on perçoit de la crépitation au tiers supérieur de l'os. La radiographie montre des fragments osseux obliques, à angle ouvert en bas et en dehors, tendant à effacer l'espace interosseux. La tête du radius remonte dans le pli du coude, au-dessus du condyle huméral.

En général, ces fractures atteignent les enfants du second âge : huit à quinze ans. C'est une cause directe qui les provoque ; presque toujours l'avant-bras gauche est touché (8 fois sur 10).

Parfois, la fracture siège plus haut, au-dessous de l'olécrâne ou plus bas, au-dessous de la partie moyenne, vers l'extrémité inférieure du cubitus. L'angle de la fracture, ouvert vers le radius, efface l'espace interosseux. La tête du radius est luxée en avant et en dehors.

Deux grandes variétés distinguent ces fractures. Dans la première, le traumatisme initial fracture à la fois l'os et luxe la tête du radius, ou bien c'est en essayant de se relever, de prendre un point d'appui, que le blessé complète son traumatisme et luxe la tête radiale, après s'être tout d'abord cassé le cubitus. La deuxième variété, plus rare, laisse la luxation se produire après coup. Il y a tout d'abord consolidation vicieuse avec chevauchement des fragments : le cubitus a perdu une partie de sa longueur. La tête radiale se subluxe peu à peu.

Le pronostic, si le médecin n'agit pas, est fort grave. La soudure entre le radius et le cubitus amène la gêne dans

les mouvements de pronation et de supination ; la luxation du radius en avant limite les mouvements de flexion. M. Kirmisson montre une radiographie où l'on voit des fils d'argent qui unissent les fragments du cubitus ; mais comme le chirurgien avait négligé de réduire la tête radiale, la gêne des mouvements persiste.

Avec une fracture du cubitus, il ne faut jamais oublier de songer à la possibilité d'une luxation de la tête du radius. Si le gonflement envahit l'articulation du coude, la luxation est probable. Entre les deux lésions, la luxation est la plus importante. C'est elle qu'il convient de réduire tout d'abord.

Le blessé est chloroformé, un aide pratique l'extension du membre, un autre la contre-extension. Le chirurgien appuie ses pouces sur la tête du radius et le chasse de haut en bas et d'avant en arrière. Aussitôt la luxation réduite, le radius crée une attelle solide au cubitus qui se redresse et s'allonge. Il suffira ensuite de fléchir le bras à angle aigu pour empêcher la récurrence de la luxation. Et le blessé guérira sans accidents ultérieurs.

Pour soigner consciencieusement et efficacement son malade, il faut se substituer à lui et déposer sa personnalité avec son chapeau au seuil de sa demeure.

Diagnostic et traitement des tumeurs du rein

PAR M. LE PROFESSEUR KUSTER

Parmi les méthodes de diagnostic, Kuster conseille de ne pas abandonner du tout les anciennes méthodes cliniques, mais il est d'avis qu'on doit beaucoup attendre de l'emploi plus fréquent des épreuves fonctionnelles, principalement de l'épreuve de la phloridzine.

Le traitement des tumeurs du rein deviendra aussi plus brillant quand on aura mieux étudié les différences anatomo-pathologiques et les variétés cliniques de l'évolution de ces diverses tumeurs.

Ce qu'il faut surtout rechercher, c'est à reconnaître et à traiter ces néoplasmes dans les premiers temps de leur développement.

Toute tumeur du rein est justiciable de la néphrectomie, à part de rares exceptions (petite tumeur de l'autre rein) où l'on peut faire l'excision cunéiforme.

La néphrectomie lombaire, rétropéritonéale, doit de plus en plus être mise de côté; elle ne peut être employée que dans les petites tumeurs siégeant dans des reins tout à fait mobiles. Dans presque tous les autres cas, il faut lui préférer la voie transpéritonéale.

Cette dernière a, entre autres avantages, celui de permettre l'ablation des ganglions du même côté, de la capsule graisseuse et des capsules surrénales, après ligature préalable et section des vaisseaux du rein.

L'anesthésie lombaire est à recommander pour les opérations pénibles et chez les sujets affaiblis.

Diagnostic entre certaines formes d'appendicite et la fièvre typhoïde

Au premier abord, la confusion entre une appendicite et une dothiéntérie semble difficile. L'appendicite, dès son début, s'accompagne de phénomènes douloureux avec réaction péritonéale, tandis que dans la fièvre typhoïde le début est marqué surtout par la prédominance des phénomènes généraux, et la douleur dans la fosse iliaque droite n'est qu'un signe accessoire. Ajoutons, point important, qu'au cours de l'appendicite la constipation est la règle; par contre, c'est la diarrhée qui signale la fièvre typhoïde.

Ces règles générales seraient justes si l'évolution clinique de ces deux maladies était toujours régulière; malheureusement, ici comme dans le reste de la pathologie, le schéma n'est pas constant; il existe des exceptions, des formes anormales, d'où des difficultés nouvelles qui surgissent et entravent la précision d'un diagnostic.

L'étude approfondie des phénomènes abdominaux peut néanmoins permettre la discussion. La douleur de la fosse iliaque droite a un début brusque dans l'appendicite, elle est nettement localisée au point de Mac Murney; par contre, elle est insidieuse, lancinante, spontanée, diffuse dans la dothiéntérie. La défense musculaire semble caractériser l'appendicite. Un autre symptôme dont on a exagéré l'importance, est la constipation. Pendant longtemps, on admit que la constipation faisait songer à l'appendicite, tandis que la diarrhée était constante dans la fièvre typhoïde. L'observation clinique a détruit cette équation; il est fréquent, particulièrement chez la femme, de noter des fièvres typhoïdes avec constipation, de même qu'il arrive de retrouver la diarrhée au cours de l'appendicite. Quintard

(Michalon, Paris, 1907) rapporte récemment de nombreuses observations où la diarrhée constitue un des symptômes importants du début de l'appendicite.

Ces différents points montrent donc que les renseignements fournis par la clinique peuvent se trouver en défaut. Aussi, faudra-t-il recourir, au besoin, au séro-diagnostic de Widal, à l'hémoculture, à la recherche de la diazo-réaction d'Ehrlich, au syndrome urologique d'Albert Robin (trois disques, après adjonction d'acide nitrique aux urines : disque violet d'indican, disque opaque d'albumine, et plus haut, disque d'urates). Ces différents éléments ont leur importance. D'ailleurs, s'il est impossible pratiquement d'y recourir, l'observation du tracé thermique, l'attente de quelques jours permettront bientôt de se prononcer.

Cette attente est d'autant plus nécessaire que certaines fièvres typhoïdes ont débuté par de véritables manifestations appendiculaires. Hocquette (*Thèse*, Lille, 1906) signale 26 observations de manifestations appendiculaires à l'origine de la fièvre typhoïde. Le début des accidents a souvent la violence du début appendiculaire ; rien ne permet alors de douter de l'appendicite. Ce n'est en effet que plus tard, après quelques jours, même après l'opération nécessitée par l'appendicite, que se dévoile la fièvre typhoïde avec un syndrome adynamique souvent mortel. D'ailleurs l'appendicite peut être réelle et revêtir un caractère de gravité exceptionnelle, puisqu'on a observé la perforation de l'appendice dans les premiers jours de l'infection typhoïdique. Heureusement, l'opération n'offre aucun caractère de gravité, il y a beau avoir une fièvre typhoïde, pas un malade n'est mort à la suite de l'intervention ; tous, jusqu'aujourd'hui, l'ont supportée très bien, et presque toujours on put constater une amélioration sensible de l'état général, une diminution des douleurs, du moins les jours qui suivirent la laparotomie. On peut, en général, se dispenser de l'opération, et ce sera la conduite la plus prudente, d'autant qu'il y a peu de chose à craindre dans les cas où la défense musculaire est modérée, l'état général satisfaisant, sans trop d'élévation de température.

Traitement de l'anémie à type chlorotique des nourrissons

Parmi les différentes formes d'anémie de la première enfance, il est un type clinique et hématologique bien net qu'ont isolé les travaux de Hallé, Marfan, Méry, Guillemot et Leenhard, c'est l'anémie à type chlorotique de la première enfance.

Cette affection présente une symptomatologie calquée sur la chlorose des jeunes filles : même pâleur profonde avec conservation relative de l'embonpoint, mêmes souffles anémiques au cœur et à la veine jugulaire, et au point de vue hématologique, même appauvrissement de la teneur en hémoglobine, qui peut tomber à 30 % de la normale, tandis que le nombre des globules rouges est peu diminué, que les leucocytes sont en proportion normale, qu'il n'y a pas d'hématies nucléées en circulation. L'examen hématologique, l'absence de splénomégalie et de cachexie permettent de la distinguer aisément des autres formes d'anémie ou de pseudo-leucémie.

Bunge en montrant que le fœtus fait dans son foie, pendant les deux derniers mois de sa vie intra-utérine, des réserves de fer qui devront suffire à l'augmentation de la masse sanguine pendant tout le cours de la première année, puisque le lait ne contient pas de fer, a permis d'expliquer la pathogénie de cette affection.

On la voit en effet apparaître du 9^e au 18^e mois, soit chez des prématurés, soit chez des enfants qui ont eu, au cours de la première année, des hémorragies ou une maladie infectieuse déglobulisante, soit encore, mais alors entre 15 et 18 mois, chez des enfants chez lesquels l'alimentation lactée exclusive a été trop longtemps prolongée, et qui n'ont pas trouvé dans les aliments farineux le fer nécessaire à leur équilibre en hémoglobine. En un mot, l'état chlorotique sur-

vient quand l'enfant a épuisé sa réserve physiologique de fer, ce qui se fait plus ou moins rapidement, suivant diverses circonstances.

La thérapeutique découle directement de ces notions pathogéniques, elle consiste à rendre au sang appauvri le fer dont il a besoin, elle donne toujours d'ailleurs des résultats absolument merveilleux. Voici comment nous la formulons :

Pendant trois semaines, donner trois fois par jour, dans les nibérons ou les potages, le contenu d'un paquet de 5 centigrammes de protoxalate de fer, de manière à donner chaque jour 15 centigrammes de ce sel.

Comme alimentation, donner l'alimentation normale de l'enfant sain du même âge, veiller à ce que l'enfant ne soit pas s'il a passé huit mois, nourri exclusivement de lait, ajouter une bouillie de farine à 9 mois, 2 à 12 mois et un jaune d'œuf à 15 mois.

Sous l'influence du traitement, on voit très rapidement l'enfant se transformer ; de blanc et apathique, il devient, dès le deuxième septénaire, coloré et vivant. A la fin de la cure, l'hémoglobine est revenue au voisinage de la normale, mais si elle ne l'a pas atteinte, il est nécessaire, après un repos de 15 jours, de faire une nouvelle cure de fer de trois semaines. De toute façon, il faut faire un dosage de l'hémoglobine à deux ou trois reprises au cours de la cure. Ce traitement est toujours bien toléré. Nous n'avons vu qu'exceptionnellement des troubles digestifs consécutifs à l'ingestion du protoxalate, les selles restent excellentes, mais sont légèrement colorées en gris verdâtre par le fer.

Dans les cas où ce sel est mal toléré, ce qui est, nous l'avons dit, exceptionnel, on pourra donner une préparation à base d'hémoglobine, telle qu'un sirop d'hémoglobine.

Fait intéressant à noter : non seulement les enfants se recolorent rapidement sous l'influence du traitement, mais les poids, qui souvent était stationnaire depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, s'accroît rapidement à partir de ce moment.

Le traitement de l'eczéma par l'eau de mer

PAR M. LE DOCTEUR VARIOT

L'eau de mer jouirait-elle d'une vertu presque spécifique dans l'eczéma infantile? M. Variot serait tenté de le croire. Alors que jadis il lui fallait des semaines pour obtenir une amélioration, l'eau de mer procure la guérison en un temps bien plus court.

Jadis on ne s'occupait que du tube digestif du nourrisson. L'alimentation était réglée; on donnait des bouillies au lait (farine d'avoine), du lait, des pommes de terre. Des lavements étaient administrés, une cuillerée à café de magnésie anglaise au coucher dans un peu d'eau, combattait la constipation. En plus, on ordonnait des bains d'amidon et une pommade anodine à l'oxyde de zinc. Crainte de complications viscérales et de mort subite, il était indiqué de n'user que de remèdes externes inoffensifs qui n'eussent pas pour action de faire sécher l'eczéma trop vite. Les enfants allaient mieux, mais lentement.

Grâce aux injections d'eau de mer, le mieux obtenu est bien plus rapide. L'injection est de 10 gr. tous les quelques jours: M. Variot a abaissé la dose initiale de 30 gr. à 10 gr. (150 gouttes), les succès sont tout aussi marqués avec cette dernière dose.

Un enfant de trois ans, atteint d'eczéma suintant et croûteux depuis l'âge de trois mois, eczéma sans doute dû à de la suralimentation, était élevé à l'alimentation mixte buvant beaucoup de lait. Cet enfant reçut sans grand résultat des injections de 30 gr. de sérum à 7/1000 de chlorure de sodium et 1 p. 1000 de chlorure de calcium.

Une poussée aiguë qui se produisit après les premières injections sembla indiquer une amélioration consécutive

prochaine. Il n'en fut rien et bientôt l'état primitif reparut. C'est alors que M. Variot institua les injections d'eau de mer : 400 cc. tous les quelques jours. Dès la première injection, l'éruption changeait de caractère et la guérison était à peu près complète après la quatrième.

De nouvelles observations indiqueront si l'action curative de l'eau de mer, manifestement constatée en pareil cas, est constante.

La Digitale et son principe actif

Un certain nombre de mémoires très utiles sur la Digitale ont été communiqués au dernier meeting du « Philadelphia College of Pharmacy ». Il en résulte que la digitoxine n'est pas exclusivement cause de l'activité de cette drogue. Le prof. Wood, l'auteur d'un de ces mémoires, en formulant cette conclusion, la base sur ce fait que la quantité de Digitoxine contenue dans les feuilles est minime, comparativement à la toxicité relative de la plante et du glucoside. Des expériences analytiques et cliniques approfondies ont montré que la Digitoxine ne représente pas plus du quart du pouvoir de la Digitale.

Les conclusions de Kakowski furent également citées pour rappeler qu'aucun des principes trouvés jusqu'à présent dans la Digitale n'exerce le même effet sur le muscle cardiaque que la teinture ou l'infusion, les principes en question étant la Digitoxine, la Digitaléine et la Digitaline.

Au point de vue physiologique, le D^r E. D. Reed a montré qu'un grand nombre de propriétés autres que l'action stimulante sur le cœur, notamment la propriété diurétique et l'action sur le système nerveux central, ont été attribuées à la Digitale, et que des essais ont été faits pour montrer que différentes propriétés thérapeutiques dépendent de l'un ou de

l'autre des divers glucosides se trouvant dans la drogue.

Une expérience récente a cependant démontré que des principes actifs de la Digitaline agissent d'abord sur le cœur et les vaisseaux sanguins et que tous les autres effets sont secondaires. Dans beaucoup de cas, cette action secondaire n'est pas à désirer.

Le Dr Reed maintient que la Digitoxine est de beaucoup le plus important des principes actifs et possède la propriété de stimuler le cœur à un degré beaucoup plus grand que n'importe quel autre principe.

La question de fixer l'action physiologique de la Digitale se résoud par l'action spécifique de la Drogue sur le cœur d'une grenouille. Les grenouilles sont traitées avec de la Digitale en quantités différentes et la quantité de Digitale qui tue une grenouille d'un poids défini et dont l'autopsie montre que le cœur est en systole est considérée comme indicateur de l'activité physiologique de la préparation. La méthode est une mesure de l'effet toxique de la drogue.

On a également essayé la dose mortelle sur des cobayes afin de se rapprocher le plus possible des conditions du cœur humain. Les effets ont été les mêmes, à très peu de chose près.

On considéra ensuite la relation entre la Digitoxine présente et la dose mortelle. Elle a été résolue par l'obtention d'une méthode exacte d'estimation de la Digitoxine. Le résultat obtenu par une série d'analyses démontre qu'une relation assez constante existe entre l'essai chimique basé sur le seul constituant soit la Digitoxine et le résultat de l'essai physiologique sur les cobayes.

Il n'est pas nécessaire que le constituant qui est déterminé possède l'activité entière de la drogue tant que le principe déterminé a un rapport assez constant avec l'action combinée de tous les constituants de la drogue.

M. C. E. Vanderleed, qui a dirigé le travail chimique, s'est servi du procédé ci-dessous pour déterminer la Digitoxine.

Il est basé sur la solubilité relative des glucosides de la Digitale dans le chloroforme et dans l'eau et sur la séparation

finale de la Digitoxine des autres principes par sa complète insolubilité dans de la benzine de pétrole légère.

« 20 grammes de feuilles en poudre sont épuisés par percolation avec de l'alcool à 70°, et le percolat est évaporé à basse température au bain-marie jusqu'à ce que tout l'alcool ait été évaporé (ou s'il s'agit d'essayer une teinture ou un extrait fluide, il faut prendre 200 cmc. de teinture ou 20 cmc. d'extrait et évaporer). Le résidu est dilué avec de l'eau, ou dissous dans suffisamment d'eau pour faire 150 cmc., on ajoute ensuite 15 cmc. de solution de sous-acétate de plomb (25 %) et la mixture est diluée jusqu'à 200 cmc.: le précipité est filtré et entièrement égoutté. Après quoi on passe suffisamment d'eau dans le précipité sur le filtre, afin de conserver toute la liqueur mère qui y était contenue. On réunit les produits filtrés et on les dilue à nouveau jusqu'à 200 cmc. L'excès de plomb est précipité au moyen de sulfate de soude sec en poudre ou de phosphate de soude, Après un repos de 24 heures, le précipité est filtré et entièrement égoutté. On le rince ensuite avec de l'eau pour conserver toute la solution. La méthode des parties aliquotes n'est pas recommandable pour les essais de Digitale. La solution est transvasée dans un entonnoir à séparations. On ajoute 2 cmc. d'ammoniaque à 10 % et on secoue la mixture avec 5 parties de chloroforme de 30 cmc. chacune. Les solutions de chloroforme réunies sont évaporées jusqu'à siccité dans un bain-marie dans un flacon taré, et le résidu de Digitoxine brute est redissout dans 3 cmc. de nouveau chloroforme. On ajoute 10 cmc. d'éther et 70 cmc. de benzine de pétrole légère, et on laisse reposer le flacon dans un endroit frais pendant 24 heures en le couvrant avec un gobelet renversé. Les cristaux de Digitoxine adhèrent au fond et sur les parois du flacon. Après avoir fait écouler le liquide, on sèche ces cristaux à 60° C. ; on les pèse. Le poids de la Digitoxine ainsi obtenu, multiplié par 5 exprime le pourcentage qui se trouve dans la drogue. »

On a trouvé dans le cours de ces recherches que l'extrait fluide de Digitale du commerce donne environ 11 % de perte par an.

Le résumé d'expériences faites sur des feuilles de Digitale pendant une période de 4 ans a donné les pourcentages suivants de Digitoxine :

Le plus élevé.....	0,455
Le plus bas.....	0,171
Moyen	0,313

Ces observations méritent d'attirer l'attention parce qu'elles indiquent que la coopération continue des chimistes et des physiologistes peut avoir pour résultat de placer la détermination de cette importante drogue sur une base chimique corrélative à une expérience physiologique.

La nouvelle méthode de la culture de l'Éponge en Floride

Le rapport annuel du Commissaire des Pêcheries contient d'intéressants renseignements sur les expériences poursuivies dans le cours des sept dernières années sur les côtes de Floride. Malgré la récente destruction par les tempêtes des plantations effectuées par les soins du Gouvernement, on a éprouvé avec succès un système véritablement commercial de culture. Un rapport détaillé sera publié d'ici peu. Il servira certainement de base à une nouvelle exploitation, très complète, établie suivant les méthodes du Bureau.

La série de désastres qui a, pendant plusieurs années, poursuivi ces expériences, a atteint son comble en octobre 1906 où les plantations du cap Floride furent presque entièrement détruites par le grand ouragan de cette époque. Malgré les difficultés de toutes sortes, inhérentes à cette entreprise, des progrès très satisfaisants ont été accomplis, pendant l'année dernière surtout. Il est probable que, dès la fin de juin, le Bureau publiera un rapport fixant les bases des nouvelles méthodes de culture. Les lits d'éponges naturelles sont détruits rapidement par les procédés employés

aujourd'hui par les pêcheurs. Le Bureau est donc convaincu que la conservation de cette intéressante industrie dépend des cultures entreprises et il espère que l'annonce prochaine des résultats obtenus contentera tout le monde.

On estime en effet que la pêche des éponges, en Floride, a produit, pour l'année dernière seulement, une somme de 1 million 500 piast. Si cette pêche devait disparaître, ce serait la ruine de l'une des plus importantes industries de l'Etat.

Les premiers essais de culture furent entrepris, sous la direction de M. le Dr R. H. Moore, du Bureau des Pêcheries, en février 1901 où on planta plusieurs milliers d'éponges. Dans une eau peu profonde, attachés à des supports d'une hauteur suffisante pour qu'ils ne fussent pas exposés à l'air pendant les marées basses, on tendit des fils de fer ; des éponges de qualité inférieure furent coupées en petits morceaux, fendus sur un des côtés et placés à cheval sur ces fils. Les morceaux furent alors entourés de fils d'aluminium qui rapprochèrent les bords de la fente. Ces fils d'aluminium furent détruits par l'action de l'eau salée, mais, en même temps, la fente s'était refermée complètement et une nouvelle peau avait poussé sur la surface du morceau qui avait pris une forme sphérique. En peu de temps, les jeunes éponges s'organisèrent un nouveau système de circulation, et au bout de trois ans, elles étaient d'une texture serrée, régulière et mesuraient de 30 à 35 centimètres de diamètre. Ces éponges ont sur les éponges naturelles ce très grand avantage de ne pas présenter le trou ordinaire occasionné par l'arrachage de l'éponge de son lit naturel. Comme c'est toujours par là que les éponges commencent à se détériorer, la supériorité de l'éponge cultivée de Floride est donc manifeste.

Ces expériences subirent de nombreuses vicissitudes. Les pertes subies par les éponges suspendues aux fils de fer à différentes places, l'immunité comparative dont jouissaient les éponges poussant en liberté, décidèrent le Bureau à faire de nouvelles plantations sur des petits disques en ciment, placés au fond de la mer. Les morceaux furent attachés directement à ces disques ou à des fuseaux attachés à ces disques et on recommença les expériences, afin d'arriver à satisfaire les demandes du marché.

Le Suif végétal

Les graines de suif végétal sont les fruits de l'arbre à suif (*Stillingia sebifera*) et ressemblent assez comme forme au café. Le fruit est presque blanc tirant un peu sur le jaune. A la surface extérieure, il se trouve une couche de suif d'environ 0,001 d'épaisseur qui peut être grattée au couteau. Le noyau contient un produit entièrement différent de celui de la couche extérieure ; c'est une huile jaune clair, séchant rapidement que l'on mélange principalement au Baume de Gurgum chinois.

Le fruit contient les quantités suivantes de matières grasses :

Couche extérieure, 9,2 %.

Péricarpe, 3,1 %.

Contenance en huile du noyau, 23,3 %. L'indice de saponification du suif est de 206,9. Le suif végétal se compose d'une certaine quantité de Tripalmitine et de Trioléine. Le suif donne 10,8 % de glycérine.

Il est dur et d'une belle couleur blanche. Il a comme point de fusion 52° C. et comme point de solidification 40° C.

On croit que l'exploitation de ces graines de suif végétal serait une bonne affaire en Europe. Il aurait été construit une machine pouvant produire le suif sous forme d'une farine entièrement sèche.

Chaque jour, par des merveilles d'ingéniosité, d'initiative et de dévouement, la science, la philanthropie et l'association développent, perfectionnent, raffine sans cesse l'œuvre du progrès.

Le Protosal dans le Rhumatisme

On désigne sous ce nom un éther salicylé de la glycérine ; c'est un liquide huileux, incolore, de densité = 1,344, bouillant à 200 degrés et se décomposant partiellement à cette température. Il est soluble dans l'alcool et l'éther, le chloroforme, la benzine, l'huile de ricin, moins soluble dans l'huile d'olive et l'huile de sésame, insoluble dans l'eau, l'éther de pétrole, la glycérine et la vaseline liquide. Il est décomposé par les alcalis et les acides en glycérine, aldéhyde formique et glycérine.

On a proposé d'employer le protosal en frictions après l'avoir mélangé à partie égale d'huile d'olive et l'avoir additionné de 10 % d'alcool. Ces frictions ne sont pas irritantes et l'acide salicylique peut être décelé dans les urines douze heures après la friction.

Le cœur des Sportsmen

PAR M. LE DOCTEUR SELIG

Si la pratique modérée, rationnelle, des sports constitue un moyen excellent de parfaire le développement physique de l'individu, et, partant, de réaliser l'amélioration de la race, l'excès dans les exercices sportifs constitue « un véridable attentat contre la santé ».

Au cours de tout travail corporel modéré, le pouls augmente de fréquence, la pression sanguine s'élève, la respiration s'accélère sans que le sujet en éprouve le moindre

malaise. Comme extrême limite de la suractivité du cœur, Staehelin, Trautweiler, Grünbaum et Amson ont compté de 156 à 173 pulsations à la minute. Lorsqu'au cours d'un travail corporel la pression sanguine s'abaisse, on est en droit d'en conclure que le cœur faiblit. Sur 100 individus examinés à ce point de vue, on a pu constater que, chez tous ceux qui étaient sains, les pulsations cardiaques avaient augmenté, au cours de l'exercice, de 23 par minute et la pression sanguine de 8 millim., tandis que, chez les sujets atteints de myocardite plus ou moins marquée, les battements du cœur et la pression sanguine avaient plus ou moins diminué.

La question de la nocivité, au point de vue de la santé générale des exercices sportifs, est surtout liée à la possibilité de l'apparition d'une dilatation du cœur. De nombreux auteurs ont prétendu avoir observé une dilatation aiguë de cet organe, même au cours d'exercices modérés; il est vrai qu'ils se sont appuyés pour cela sur les données de la simple percussion qui donne à ce point de vue des résultats bien différents de ceux que l'on obtient actuellement à l'aide de l'orthodiagraphie. C'est ainsi que par la palpation et la percussion, on a pu noter le déplacement de la pointe du cœur chez des joueurs de football et chez des lutteurs, sans qu'on ait pu démontrer par là l'existence d'une dilatation du cœur.

Mendel et Selig ont pu prouver, au contraire, par l'emploi de l'orthodiagraphie, que, même chez les lutteurs qui venaient de se livrer à des exercices forcés, on ne constatait aucune dilatation du cœur, ce qui concorde d'ailleurs bien avec les résultats d'autres recherches faites par Lennhoff et Levy-Dorn.

Pour trancher la question, d'ailleurs, c'est-à-dire pour déterminer si, oui ou non, les exercices physiques déterminent, et jusqu'à quel point, une dilatation cardiaque, Kienböck, Selig et Beck ont entrepris des expériences précises, à l'aide de l'orthodiagraphie, chez un certain nombre de professionnels de la natation. Ceux-ci furent orthodiographiés 5 secondes après avoir fourni un travail toujours con-

sidérable. C'est ainsi que le premier de cette équipe, au moment où il fut orthodiographié, venait de parcourir 68 mètres en 45 secondes. Or, pour la première fois, on put constater qu'à la suite de ces exercices forcés le cœur avait manifestement diminué de volume, et cela chez 10 nageurs sur 11. Ce fait, corroboré plus tard, à la suite d'expériences analogues, par Moritz, s'explique peut-être par la dilatation généralisée que subissent tous les vaisseaux de l'organisme, et, en particulier, ceux du poumon, au cours des exercices de force, dilatation qui a comme conséquence un afflux moindre du sang vers le cœur et, par conséquent, une dilatation moindre de cet organe au moment de la diastole.

Les statistiques abondent qui démontrent que la bicyclette, les courses à pied, le jeu de football, le tourisme à outrance ont une action néfaste sur le cœur. Beyer a prétendu que l'abus de la bicyclette avait fait perdre jusqu'ici 250.000 hommes au recrutement de l'armée par suite des troubles cardiaques qui en étaient résultés! Schieffer, à l'aide de l'orthodiagraphie, a démontré que 100 pour 100 des cyclistes présentaient une augmentation de volume du cœur, dépassant, chez 37 pour 100 d'entre eux, de près de 25 centimètres cubes le volume moyen de cet organe. Chez 56 sur 71 cyclistes examinés, il y avait une accentuation ou un doublement du deuxième ton pulmonaire, une accentuation du deuxième ton aortique et fréquemment aussi de l'arythmie du pouls.

Beck a constaté l'existence de cardiopathies chez pas moins de 90 p. 100 de touristes. La plupart du temps il s'agit d'altérations du muscle cardiaque, de myocardite vraie, probablement par suite du travail exagéré que ce muscle est obligé de fournir chez la plupart des touristes. Chez les nageurs cités plus haut, on a trouvé également dans 58 pour 100 des cas des anomalies de fonctionnement du cœur.

Les troubles cardiaques nerveux sont fréquemment observés chez les sportsmen, même en dehors des moments où ils se livrent à leur sport. On les rencontre jusque chez les joueurs de tennis, jeu qu'on ne saurait cependant qualifier de violent; il est vrai que, parmi les amateurs de ce jeu, il

y a beaucoup de jeunes filles à la période de croissance, partant plus ou moins anémiques.

En résumé, un interrogatoire un peu détaillé fera souvent découvrir au médecin, dans les antécédents des cardiaques, la pratique d'un sport plus ou moins violent, et il sera amené à lui attribuer plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici une part plus ou moins importante à la genèse de la maladie actuelle. Les exercices physiques exagérés produisent probablement une altération organique primitive du muscle cardiaque, vraisemblablement une altération protoplasmique dont le processus intime échappe à nos moyens actuels d'investigation histologique et biochimique. La myocardite est le résultat final de ces altérations, et la dilatation du cœur, la conséquence de la myocardite.

E. D.

Observations sur la Stabilité de la Lécithine

Les émulsions de lécithine de cervelle et d'œuf sont assez insensibles aux effets de la lumière et d'une température un peu élevée. Lorsqu'on précipite des émulsions à réaction acide au moyen d'acétone, il en résulte que les corps précipités dans lesquels la proportion P:Nest autre restent neutres lorsqu'ils sont mis en contact avec des émulsions fraîchement fabriquées. Le chiffre proportionnellement élevé de conductibilité n'est pas particulier à la lécithine, mais doit être attribué aux produits secondaires qui eux-mêmes contribuent à des réactions de la lécithine. Ses émulsions ne sont pas précipitées par de faibles solutions salines. Il n'y a aucune corrélation entre la faculté de précipitation et les équivalents des composés métalliques ou acides.

Pléthoral

Sous le nom de *pléthoral*, on a recommandé récemment un spécifique contre le diabète qui serait un extrait liquide de *Vaccinium Myrtillus* fleuri. L'analyse de cette préparation, sous cachet d'origine, a donné les résultats suivants : liquide jaune-brunâtre, trouble, légèrement acide, de densité 1,0034, présentant une saveur astringente, donnant, avec le perchlorure de fer étendu, une coloration noire et un précipité en flocons de même couleur.

Avec 100cm³, on a obtenu 0 gr. 6180 d'extrait et 0 gr. 2884 de cendres dans lesquelles on a constaté la présence de : Fe, Al, Ca, Mg; K, Na, Cl, ainsi que de sulfates et de phosphates. Ce produit ne renferme ni alcool ni glycérine. Les matières extractives étaient formées surtout par du tanin, principe qui, comme on le sait, constitue la partie principale des feuilles de myrtille.

Aimer son malade, aimer sa profession, c'est devenir meilleur et s'aimant moins soi-même et plus les autres.

Le médecin de campagne, à ne compter que ses déboires et ses fatigues, est un paria social; si on le juge par ses services, c'est un héros.

Troubles visuels dus à l'abus du tabac et de l'alcool

PAR M. LE DOCTEUR F. TERRIEN

Ces troubles sont si fréquents que la connaissance en est indispensable pour la pratique médicale. L'amblyopie alcoolo-nicotinique se manifeste par des troubles secondaires — nyctalopie, fatigue rapide de la rétine — et surtout par un trouble capital : le scotome central, ou mieux, ainsi que l'a fait remarquer le professeur de Lapersonne, paracentral; le scotome n'existe d'abord que pour les couleurs, les objets de petites dimensions semblant incolores (pièce de 10 fr. prise pour une pièce de 50 centimes); puis il devient absolu, et le sujet voit une tache, petite, mais très gênante par sa situation exacte au point de fixation. L'examen ophtalmoscopique ne révèle rien ou peu de chose.

L'auteur insiste sur la fréquence de cette affection, atteignant quelquefois des adolescents, remarquablement liée à l'hypermétropie, et sur la nécessité d'un diagnostic précoce, d'autant plus désirable que le pronostic est relativement très bon si les causes d'intoxication cessent à temps. L'amblyopie alcoolo-nicotinique est donc une affection qu'il faut savoir dépister.

Nos malades nous demandent des remèdes plutôt que des conseils; il faut savoir leur fournir les uns enveloppés dans les autres.

Le Camphre synthétique

MM. Behal, Magnier et Tissier, préparent le camphre synthétiquement avec environ 1.725 parties d'hydro-chlorure de pinène, 5.000 parties d'acide acétique glacial et 3.200 parties d'acétate de plomb, le mélange bouillant de 24 à 30 heures à la pression ordinaire et le précipité étant décanté et égoutté. La solution acétique fournit du camphène, quand elle est distillée et neutralisée avec de la chaux et redistillée à la vapeur, un peu d'acétate de bornyle et d'isobornyle étant également formés. Cette action peut également se produire en chauffant à 130/135 C. pendant 2 heures dans une autoclave. De même, elle peut être modifiée pour fournir une plus grande quantité d'acétate de bornyle et d'isobornyle, en faisant monter la température dans l'autoclave à 180 C., le camphène étant écarté dans ce cas par la distillation.

Le camphène peut produire du camphre par l'oxydation, et le bornyle et l'isobornyle peuvent être saponifiés pour former du bornéol, lequel oxydé produit du camphre.

Les propriétés optiques du camphre sont les mêmes que celles des pinènes employés.

*Le grand art du praticien est de paraître parfois ému,
en gardant tout son sang-froid.*

*Parler peu, penser juste, agir tôt : trois secrets du
succès.*

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**
Président : M. A. Lesage. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 797, St-Denis
 Séances régulières : le 1^{er} et le 3^e mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**
Président : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**
Président : M. Wesley Mill. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.
- Société Médicale de Shefford**
Président : M. J. A. E. Brun, *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de
 (de West Shefford. Séances régulières : deux fois par année. (Shefford P. Q.
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**
Président : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Riverin, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**
Président : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-
 (Brandon.
- Société Médicale du District d'Ottawa.**
Président : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**
Président : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.
 Séances régulières : le 1^{er} mardi des mois de mars, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**
Président : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchêne, Beauceville.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**
Président : M. Fisel. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe**
Président : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**
Président : M. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**
Président : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**
Président : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**
Président : M. Bellau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.
 Séances régulières : janvier, mars, septembre, (d'Arthabaska,
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**
Président : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**
Président : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champlain.**
Président : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).**
Président : *Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean (Iberville).**
Président : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinongé,**
Président : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Duhamel.
- Association Médicale C. F. de Manitoba.**
Président : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**
Président : M. E. G. Assolin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.
- Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord**
Président : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Pâquet.
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908, à Québec.
- Canadian Medical Association.**
Président : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto
 Réunion annuelle : en 1908, à awa.

Les intérêts professionnels

L'Esprit scientifique, l'Hygiène, la Médecine mentale et légale (1)

" Le Montréal-Médical " est un organe libre où chacun peut exprimer son opinion sous sa responsabilité

Messieurs et chers confrères,

Au lieu de faire une revue du passé, de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les branches de la médecine qui appartiennent à notre section, j'essaierai de percevoir, de découvrir ce que sera l'avenir ; puis, comme conclusion naturelle de cette perspective scrutative, je soumettrai les réformes qui en découleront. Examiner ce qu'est le présent, y voir les lacunes, les défauts, c'est naturellement en chercher les réformes ; et avec ce programme, nous étudierons les intérêts professionnels, l'hygiène, la médecine légale et mentale dans notre pays, ou plutôt dans notre province, parce que, professionnellement, nous sommes complètement séparés des autres parties du Dominion : chaque province formant un pays dans notre pays.

J'ose espérer que l'on acceptera sans trop d'étonnement les idées peut-être hardies, les projets peut-être téméraires que je vais vous soumettre ; pour qui a jeté un coup d'œil sur le siècle dernier, l'on conviendra que l'étonnement est une émotion bien prête à disparaître.

(1) Discours prononcé à Québec 21 juillet 1908 au 1^{er} Congrès des Médecins de la langue française de l'Amérique du nord, par M. le docteur LAURENDEAU, président de la section.

Remarquez que je ne me pose ni comme prophète, ni comme révolutionnaire, pas même comme réformateur ; je veux seulement dire ce qui serait le mieux, c'est-à-dire ce qui adviendra probablement dans un avenir plus ou moins lointain, étant donné que toute société doit progresser, sous peine de périliter ou de disparaître.

L'étude de nos intérêts professionnels est très vaste et, pour en mesurer l'étendue, il faut remonter jusqu'à notre instruction première. Quand l'armée française se retira du Canada, la noblesse, la fortune se sont enfuies de l'autre côté de l'Atlantique à la suite du drapeau fleurdelisé ; seuls, les pauvres, la plèbe, attachés au sol, ou le chasseur et l'aventurier du type Fenimore Cooper, sont restés au pays ; de cette classe de citoyens intelligents, mais à moyens d'existence précieuses, il ne pouvait sortir de longtemps des commerçants et moins encore des industriels. Aussi voyons-nous, à mesure que la société se développe, notre peuple se diriger surtout dans deux seules directions : l'agriculture et les professions libérales ; c'est là l'origine, le pourquoi de l'encombrement professionnel dont nous souffrons encore actuellement. Il ne pouvait en être autrement avec les éducateurs qui alors ont pris la direction de ce petit peuple abandonné à ses propres et faibles ressources ; le clergé ne pouvait faire autre chose que des théoriciens ; le levier de cette instruction fut la scolastique et, naturellement, il ne pouvait rien sortir de très pratique de nos collèges, puis de nos universités, parce qu'ils n'ont pu se défaire de leurs tares originelles.

Tout à l'origine, vers la fin du XII^e siècle, les universités furent constituées et leur principal objectif fut alors l'enseignement de la théologie et de la logique, cette dernière réputée science par excellence. Pour concourir au titre de *déterminant*, équivalent au bachelier actuel, il fallait justifier de connaissances approfondies sur Porphyre, le livre des Catégories, l'Interprétation, la Syntaxe, puis les Topiques et les Elenchis d'Aristote, etc. Et cet enseignement, vide de substance, de notions positives, était couronné par deux ans de disputes ou argumentations, soutenues sur un

sujet de morale ou de métaphysique, en présence des élèves. Ces cadres qui, jadis, ne contenaient que la logique, la dialectique, la morale, la théologie et la grammaire, s'élargirent peu à peu, mais l'enseignement secondaire et universitaire conserva en Europe, en France surtout, ces tares originaires, jusqu'à la Révolution. Et nous nous ressentons encore de cette origine. Malgré les modifications apportées à notre curriculum classique, notre instruction secondaire est trop littéraire et pas assez scientifique, pas suffisamment positive. La base de tout notre système éducationnel est fautive, parce qu'elle repose sur la métaphysique, sur des données *a priori*, au lieu de s'appuyer sur la nature, sur la science ; puis elle est déviée de sa voie naturelle, parce qu'elle persiste à bourrer la tête de nos enfants de langues mortes, de notions périmées, au lieu de leur apprendre les langues vivantes, les sciences modernes.

A quoi et à qui servent le grec et le latin ? A exercer la mémoire des enfants ? Mais pourquoi ne pas choisir, à cet effet, d'autres connaissances plus utiles, plus pratiques : les langues vivantes, l'anglais, l'allemand, etc., la géographie, la chimie industrielle, biologique, l'histoire naturelle, etc., etc., mais je connais nombre d'hommes dont la mémoire est prodigieuse, qui cependant n'ont jamais appris les langues mortes, ni un mot de grec ou de latin. Pour développer l'intelligence, l'étude raisonnée, approfondie des langues helléniques et romaines, est au-dessus de la compréhension, de la capacité intellectuelle de tous nos collégiens et, j'oserais dire, hors de la portée de la généralité des hommes. « Si les langues mortes sont des connaissances instrumentales, a écrit Diderot, ce n'est pas pour les élèves, mais pour les maîtres ; c'est mettre à la main d'un apprenti forgeron un marteau dont il ne peut ni empoigner le manche, ni vaincre le poids. » A former le style ? Mais Molière, Rousseau, Veuillot, même Voltaire, ne savaient pas de grec et ne possédaient qu'un très léger bagage de latin ; et ici même notre jeune poète Lozeau, l'un des plus purs stylistes français, de l'avis de Stéphane Servant, ignore la langue d'Homère et celle de Virgile. Au reste, combien de nos ba-

cheliers possèdent encore ces deux langues, deux ou trois ans après leur sortie du collège?

Enfin, je demanderai avec un encyclopédiste : « A qui ces langues anciennes sont-elles d'une utilité absolue? J'oserais presque répondre: à personne, si ce n'est aux poètes, aux érudits et aux autres classes de littérateurs de profession, c'est-à-dire aux états de la société les moins nécessaires. »

Je me suis toujours demandé pourquoi l'on enseignait le grec aux fins de faire des littérateurs qui, jamais, ne dépasseront la perfection hellénique, et le latin pour faire les prêtres, d'une religion qui a été fondée en hébreu. Dans chaque sphère de l'activité humaine, il y a un apogée que l'homme ne peut dépasser, et il est probable qu'en littérature, cet apogée a été atteint par Athènes, Rome et Paris; et maintenant, l'effort de l'humanité tend vers la science. Il était naturel que l'art de bien dire, de discourir, de raisonner, fût antérieur à l'esprit de recherche, d'observation, d'expérimentation, car le premier repose sur l'imagination, le rêve, parfois même l'hallucination, tandis que celui-ci ne se développe que par un travail patient et fatigant. L'esprit de l'homme fait de la littérature en se récréant lui et les autres, tandis que l'étude, l'approfondissement de la science, demandent un effort, une contention de l'intelligence hors de proportion avec les facultés de l'homme ancien. L'avenir est donc à la science, parce que le développement cérébral des peuples avancés a atteint le degré de puissance suffisant pour s'adonner aux recherches scientifiques.

Mais ici, dans notre province, nous donnons malheureusement à nos enfants une mauvaise formation intellectuelle, en ce sens que nous sommes arriérés d'au moins un siècle; non seulement notre instruction est trop littéraire et pas assez scientifique, comme je l'ai dit, mais nos classiques préférés sont du xvii^e siècle, et le génie grec et romain domine tout notre programme d'études. Bien des fois, je me suis demandé pourquoi l'on dirigeait tous nos efforts vers la syntaxe, la méthode, la rhétorique, la philosophie, l'art

de bien dire en un mot, et pourquoi en notre temps pratique et positif, l'on attachait comparativement si peu d'importance à l'étude de la nature? Je dirai franchement ma pensée : c'est que les découvertes de la science ont quelquefois créé des conflits entre les idées, les croyances anciennes et les nouvelles ; c'est que certains éducateurs, trop conservateurs, ou même réactionnaires, n'ont pas su évoluer.

Ainsi, à quoi sert d'enseigner encore que le monde, l'univers, ont été créés quatre mille quatre ans avant Jésus-Christ, comme on l'apprend dans nos couvents, nos écoles élémentaires, etc.? Pourquoi s'en tenir avec obstination à la lettre de la cosmogonie mosaïque.

Nous médecins, nous nous rendons bien compte de ce vice fondamental de notre instruction, si nous jetons un coup d'œil sur l'histoire de la médecine. Chez les Grecs, puis chez les Romains, la science médicale avait atteint un haut degré de perfection avec Hippocrate et Galien ; puis cette science brillante s'est obscurcie tout le long du moyen âge, par les discussions stériles de la scolastique. Et cependant cette scolastique moyenâgeuse nous étreint encore. Je doute, Messieurs, que la philosophie scolastique, c'est-à-dire celle du moyen âge, convienne à la formation intellectuelle de nos jeunes gens, de ceux qui se destinent à la médecine du moins. Ce serait à croire que, de toutes les sciences, cette philosophie aurait atteint alors sa perfection ; ou que, depuis des siècles, toutes les branches de l'activité intellectuelle ont marché, sauf la métaphysique, la dialectique. Il faut se rappeler que cette scolastique, presque entièrement faite de gloses et de paraphrases, tire ses origines de Porphyre, lequel débute par cet énoncé de principes : « Je ne chercherai point si les genres et les espèces existent par eux-mêmes, ou sont de pures conceptions abstraites ; ni dans le cas où ils seraient des réalités, s'ils sont corporels ou non ; ou s'ils existent séparés des choses sensibles ou confondus avec elles ; cette recherche est trop difficile et exigerait une longue discussion. » Dans le cours de son développement, malgré une grande ingéniosité de raisonnement, une dialectique puissante, la scolastique s'est toujours

ressentie, et se ressent encore de la futilité, de la fausseté de son état embryonnaire. Et malgré que Leibnitz ait écrit : « De l'or est caché jusque dans le fumier de la scolastique », avouons que ce n'est pas là où vont fouiller les *prospec-teurs*.

Je crois que, pour bien préparer notre jeunesse à l'étude de l'homme physique, sous les rapports physiologiques et pathologiques, il faudrait lui enseigner une philosophie basée sur des faits. Or, qu'est la vraie philosophie? La généralisation des faits, à mon sens. Et ces faits, il faut ou les observer ou les provoquer; mais ce n'est que par l'étude attentive et précise de cette observation ou de cette expérimentation que l'on peut donner une base solide aux généralisations, c'est-à-dire à la philosophie. Donc, la philosophie doit avoir pour base la raison fondée sur nos sensations; hors de là, nous tomberons dans la métaphysique, le mysticisme, le transcendant, toutes choses que doit repousser le médecin, lequel doit étudier et traiter l'homme et ses maladies, par des procédés naturels. Ils ne faut pas oublier « que l'homme, tel qu'il est organisé, n'est lui-même qu'un produit de l'univers qui l'entoure, qu'il est par suite en un rapport nécessaire et normal avec lui, et qu'il ne saurait y avoir de différence entre les lois de la nature et celles de la raison, entre l'être et la pensée. »

Maintenant, Messieurs, permettez-moi de vous dire que, dans mon humble opinion, nous avons dans notre province trop de collèges classiques et pas assez d'écoles techniques; c'est là la cause de l'encombrement des professions libérales, dont on se plaint avec raison. Que l'on crée des écoles commerciales, industrielles, artistiques, en plus grand nombre et que l'on cesse d'ériger des collèges classiques; tel est le vœu que j'ai entendu exprimer par des hommes de grande expérience. Au reste, le gouvernement provincial est entré résolument dans cette voie, et je l'en félicite.

Mais les réformes à notre enseignement universitaire sont peut-être encore plus impérieuses, plus urgentes que celles nécessaires à notre enseignement secondaire. Deux fondements sont à la base de la médecine : la biologie et l'an-

thropologie et, chose quasi-incroyable à l'époque où nous sommes, l'on élimine les lois naturelles dès le point de départ de ces deux sciences fondamentales. L'enseignement officiel veut que la vie soit le produit d'un miracle et que le corps de l'homme ait été créé immédiatement et de toute pièce. La croyance à la fixité des espèces conduit à l'inertie intellectuelle ; la foi en une essence humaine physique, différentielle des autres animaux, mène à l'anthropolâtrie : dogmes opposés à la raison et antiscientifiques. Si ces erreurs de doctrine et de faits n'avaient qu'une portée théorique ou platonique, je ne me donnerais seulement pas le trouble de les signaler, mais c'est que la thérapeutique repose en partie sur ces données, que l'humanité, la science n'ont acquises que vers le milieu du siècle dernier. En effet, Messieurs, sur quoi repose la sérothérapie, l'opothérapie, l'organothérapie ? si ce n'est sur la parenté de l'homme avec les autres mammifères. Et, sans cette parenté de plus en plus étroite à mesure que l'on s'élève vers les anthropoïdes, que signifierait l'expérimentation biologique dans toutes ses formes diverses ?

(A suivre.)

Huile de Foie de Morue

Henseval et J. Huwart (*Chem. Revue über d. Fett. u. Harz-Ind.*, 1907, p. 191) préparèrent l'huile de foie de morue employée à leurs expériences, de la façon suivante.

Les foies, débarrassés de la vésicule biliaire et de tous les corps étrangers, sont lavés avec de l'eau et mis à macérer dans un récipient avec un cinquième de leur volume d'eau. Dans la masse, on dirige un courant de vapeur d'eau au quart d'atmosphère, de façon que la température atteigne 70-75° en quarante minutes. Les foies subissent la décomposition, et l'huile est mise en liberté. Déjà au bout d'une demi-heure, on peut enlever plus des trois quarts de la totalité de l'huile.

L'huile ainsi extraite est lavée deux ou trois fois avec de l'eau à 50°, puis débarrassée complètement de l'eau, et versée dans des réservoirs fermés hermétiquement et conservés dans une glacière. Au bout de quelques mois, on décante pour la séparer des parties solides, on filtre et on l'enferme dans des vases complètement remplis. Ainsi traitée, l'huile est d'une conservation parfaite. Ce procédé de préparation a fait ses preuves, et il est appliqué à Osende dans

deux fabriques d'huile de foie de moruë.

Parmi les méthodes employées à l'analyse de ces huiles, les auteurs attribuent la plus grande valeur à la détermination des indices d'iode, d'acétyle, de saponification, de la quantité non saponifiable et des aldéhydes. Ils considèrent les réactions colorées comme purement empiriques et ne leur accordent aucune confiance.

La meilleure méthode de détermination de l'indice d'iode est celle de Hübl, qui leur donna les résultats les plus comparables ; ils employaient 0 gr. 3 à 0 gr. 4 et retiraient au bout de six heures. Dans cette analyse, les indices d'acétyle sont d'une particulière importance. Ils indiquent la teneur en groupements OH et servent, par conséquent, au dosage des oxy-acides gras et des alcools. Pour cette détermination, le meilleur procédé est celui de Lewkowitsch.

D'après ce procédé, on chauffe à l'ébullition 10 grammes d'huile avec un égal volume d'anhydride acétique ; on lave à l'eau le produit acétylé et on le sèche à 100° après filtration. Pour la détermination de la quantité d'acide acétique absorbé, on saponifie 2 à 4 grammes, on met l'acide acétique en liberté en traitant par l'acide sulfurique, on distille et dans le distillat on titre avec une lessive alcaline décinormale. L'indice d'acétyle indique la quantité de KOH en milligrammes nécessaire pour neutraliser l'acide acétique absorbé par 1 gramme d'huile. Les corps gras exposés à l'air ou ayant subi le rancissement ont un indice plus élevé que les corps gras frais.

Pour la recherche des aldéhydes, l'huile est traitée par un courant de vapeur d'eau et le distillat est essayé avec une solution ammoniacale d'argent ou avec une solution de fuchsine décolorée par l'acide sulfureux. Toutes les huiles préparées d'une façon irréprochable d'après la méthode des auteurs ne renfermaient pas trace d'aldéhyde, tandis qu'au contraire les huiles, provenant de foies soumis à la fermentation putride, renferment des aldéhydes. Sous l'influence de la fermentation et de l'oxydation la composition de l'huile se modifie ; l'indice d'acide croît, l'indice d'iode baisse fortement et l'indice d'acétyle augmente. Ces indices sont excellents pour se renseigner sur le degré d'altération d'une huile de foie de morue. Le tableau suivant renferme les données chimiques obtenues par les auteurs d'après des procédés irréprochables.

L'huile de foie de squalé boréal se distingue par la grande quantité de ses acides gras volatils et son indice de Reichert-Meißl est de 395. De l'examen de ce tableau, il résulte que la composition des huiles de foie de morue est très différente. Les chiffres trouvés par les auteurs ne sont pas seulement destinés à différencier les sortes commerciales, ils permettent aussi, par comparaison avec celles-ci, de tirer des conclusions sur le mode de préparation des huiles de foie de morue et sur leur degré d'altération.

malades chez lesquels l'aliénation mentale a eu pour cause exclusive ou adjuvante l'intoxication alcoolique, vient de se terminer.

Dans le rapport qu'il adresse au président du Conseil, M. Mirman, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, constate que le nombre des aliénés chez lesquels l'alcoolisme doit être incriminé, soit comme cause exclusive, soit comme cause prédominante, est de 9.932 sur 71.547, soit 13.60 p. 100 du contingent global des asiles.

Ces chiffres montrent une augmentation de 57 p. 100 depuis 1897. Il suffit à légitimer toutes les inquiétudes.

Voici le texte de l'affiche qui est collée dans toutes les chambres des maisons publiques de Mayence :

« La meilleure protection contre la contagion est le condom.

Pour éviter la contagion, les médecins recommandent :

1° Un lavage très soigneux de la verge après le rapport avec une solution de sublimé à 1/1000.

2° L'introduction dans l'orifice de l'urètre de deux ou trois gouttes d'une solution de protargol à 20 p. 100.

3° D'uriner le plus tôt possible.

Ces médicaments sont ici à la disposition des visiteurs. Ils ont grand intérêt à suivre ces conseils.

Tout individu qui pratique le coït, tout en sachant, même tout en soupçonnant qu'il est atteint d'une maladie vénérienne, peut être puni de prison, comme ayant commis le délit prévu dans le code pénal. Sur la demande de la personne lésée il peut en outre être condamné à payer une amende qui peut atteindre 1,500 piastres, sans préjudice des dommages-intérêts ».

Nouvelles

Le Président Roosevelt a accepté la présidence du Congrès International de la tuberculose, qui se tiendra à Washington du 21 septembre au 12 octobre 1908.

Plus de 200 médecins français se sont inscrits et un grand nombre visitera le Canada,

Miss Florence Gibson de Toledo, Ohio a consentit à se faire endormir par un Hindou, Bouda Kupperou et demeura 9 jours enterré à six pieds de profondeur. Après 216 heures elle fut retirée de son cercueil et s'éveilla comme sortant d'un beau rêve.

M. le docteur J. J. Caldwell de Baltimore donne comme le meilleur traitement de la migraine : une diète prévenant la constipation, des laxatifs doux et une tablette d'Antikamnia à toutes les heures au besoin, il considère ce remède comme spécifique pour avorter une attaque de migraine.

Un journal ayant annoncé ces jours-ci que les Sources de Châtel-Guyon s'étaient « complètement arrêtées », la Société des Eaux nous prie de protester hautement en son nom contre cette fallacieuse nouvelle pour laquelle tous les Syndicats Châtelguyonnais, Médecins et Sociétés des Eaux en tête, viennent d'intenter une action judiciaire en dommages-intérêts contre le journal en cause. Ses 28 Sources continuent à fournir leurs 5 millions de litres d'eau quotidiens, et les 6,000 baigneurs actuellement présents à la Station n'ont éprouvé à aucun moment ni gêne ni arrêt dans leur traitement hydrothérapique du fait du manque d'eau.

Les alcooliques aliénés. — L'enquête ouverte dans les asiles d'aliénés de France, pour déterminer le nombre exact des