

MEMOIRES

TARSECTOMIE CUNEIFORME DORSALE EXTERNE ET OPERATION DE PHELPS. -- EUDE CRITIQUE (1)

Par le Dr FERNAND MONOD

Ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, ancien professeur d'Anatomie à la Faculté de Paris.

Il y a un mois, j'opérais un homme de 25 ans pour un pied-bot congénital invétéré gauche. A sa naissance, ce malade aurait présenté un double pied-bot congénital et subi une double ténotomie du tendon d'Achille.

A l'heure où je l'examine, le pied droit est normal, bien que la plante soit légèrement aplatie; le pied gauche, au contraire, présente une déformation très accentuée. Il n'y a pas d'équinisme. Le jeu de l'astragale est normal entre les montants de la charpe tibio-péronière, mais l'avant-pied s'immobilise en varus jusque à angle droit, et l'enroulement du bord externe est extrêmement marqué. Développement très considérable de la tête astragalienne, la réduction manuelle est impossible, et douloureuse.

Le malade marche sur le dos de l'avant-pied au niveau de la face dorsale des 5e et 4e métacarpiens, une vaste bourse séreuse s'est développée au point d'appui du pied sur le sol.

Deux opérations très différentes pouvaient être proposées à ce malade: un Phelps ou une tarsectomie cunéiforme dorsale externe: Je n'hésitai pas à lui proposer la seconde, j'enlevais la tête de l'astragale, la plus grande partie de la grosse tubérosité du calcanéum, une partie du cuboïde et du scaphoïde, en suivant de points en points le manuel opératoire si parfait du professeur Farabeuf (de Paris). La réduction de l'avant-pied et le déroulement du bord externe furent aisément obtenus; un plâtre trois fois renouvelé fut maintenu quatre semaines, et, au bout de six semaines, le malade retournait dans l'ouest, marchant sur la plante; je lui avais fait faire avant son départ une chaussure sur mesure portant, sur le bord interne, un contre-fort en cuir épais.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 12 mai 1908.

Cette observation en elle-même ne présenterait aucun intérêt, et je ne l'aurais certes pas soumise à la Société si, en causant avec un de vos collègues, je ne l'avais trouvé fervent partisan de l'opération de Phelps; une discussion amicale s'en suivit, et je lui promis de la rouvrir devant vous.

J'ai, en effet, dans une thèse publiée à Paris (1) étudié les différents procédés chirurgicaux que l'on peut mettre en œuvre dans la cure du pied-bot invétéré, et je me suis appliqué à démontrer les objections que l'on peut faire à l'opération de Phelps. Je sais que cette opération, heureusement modifiée par Kirrnisson, compte de nombreux succès; j'en ai vu moi-même d'excellents résultats, mais j'en ai vu aussi de fort mauvais. Récemment encore, notre confrère anglais, le docteur Gilday me faisait examiner le pied d'une jeune fille de sa clientèle, opérée autrefois par la méthode de Phelps, chez laquelle il avait été obligé de pratiquer le massage forcé. Je dois dire que le résultat qu'il avait obtenu était véritablement excellent: mais je suis persuadé qu'il n'aurait pas été obligé d'intervenir de nouveau si, à la place du Phelps, on avait pratiqué une tarsectomie cunéiforme.

Les objections que l'on peut faire au Phelps-Kirrnisson sont de plusieurs ordres. C'est, tout d'abord, cette brèche considérable faite sur le bord interne du pied, mettant des semaines à se combler; c'est la lésion possible des vaisseaux et nerfs de la plante entraînant la gangrène possible du pied; c'est en raison de cet accident arrivé à Phelps lui-même et pour permettre de pénétrer plus aisément dans l'intervalle astragalo-scaphoïdien que Kirrnisson a si heureusement modifié le Phelps en reportant l'incision cutanée sur le dos du pied (2)

Mais l'objection principale et qui, pour moi, prime toutes les autres, est que, par l'incision du bord interne du pied, même suivie de l'ouverture large de l'articulation de Chopard, ainsi que le conseille Kirrnisson, on ne peut être certain de sectionner le grand ligament de la plante calcanéocuboïdienne.

(1) Traitement chirurgical du pied-bot varus équin congénital chez l'enfant—Thèse Paris, 1901.

(2) Au cours de la réunion qui a suivi cette discussion, un de nos confrères, partisan du Phelps, reconnut avoir sectionné les vaisseaux; il est vrai qu'aucun phénomène ne s'ensuivit et que le résultat obtenu n'en fut pas moins excellent. J'estime cependant qu'il ne faudrait pas trop compter avec une pareille chance.

Ce ligament, sur lequel Nélaton a depuis longtemps attiré l'attention, peut être considéré comme l'obstacle primordial au redressement du varus, et surtout à la correction de l'enroulement du bord externe du pied si fréquent dans le pied-bot. Ce ligament, profondément situé au contact même du squelette, unit étroitement et maintient en position vicieuse le calcanéum, le cuboïde et l'astragale. Tant qu'il ne sera pas coupé ou rompu, la correction complète ne pourra être obtenue. Kirrison en est si convaincu lui-même, qu'il conseille d'aller vers la plante le sectionner. Je doute que l'on réussisse facilement à le faire en attaquant la correction par le bord interne.

Je suis si convaincu que les récidives observées à la suite de l'opération de Phelps tiennent, en grande partie, à ce que ce ligament n'a pu être sectionné, et je suis très enclin à croire que quand Phelps donne un bon résultat c'est que le ligament a pu être rompu au cours des manœuvres de redressement manuel que l'on pratique toujours comme complément de l'acte chirurgical.

Il existe enfin un dernier argument contre l'opération de Phelps: c'est que toute intervention complémentaire est rendue impossible par cette voie d'aller, je veux dire que sur un pied-bot varus compliqué d'équinisme, on peut être appelé à agir sur le ligament interosseux calcanéocuboïdien, voire même sur l'astragale lui-même, l'incision de Phelps ne conduit sur aucun de ces obstacles, alors qu'il suffit de prolonger un peu vers le haut l'incision de la tarsectomie externe pour être en mesure de pratiquer aisément toute intervention secondaire, y compris une astragalectomie.

Ce sont les raisons qui m'ont fait opter une fois de plus en faveur de la tarsectomie cunéiforme dorsale externe, type que je ne saurais trop recommander à votre attention.

L'ASPECT ECONOMIQUE DE LA QUESTION DE LA TUBERCULOSE AU CANADA (1)

Par le Dr ARTHUR J. RICHER,
de Montreal.

Lorsque nous réalisons que la tuberculose est la cause de plus de 8,000 décès chaque année au Canada, et que, en plus, 40,000 personnes sont infectées annuellement par son bacille, l'on est forcé de considérer l'influence exercée par cet énorme désœuvrement sur la question financière du pays. Ceci veut dire que 48,000 personnes sont rendues invalides par une maladie préventive.

Une vie humaine à la période d'utilité industrielle vaut \$6,000, que l'on distribue de la manière suivante :

Pour le Gouvernement Fédéral.... .	\$1 000.
(Qui est le chiffre accepté universellement.)	
Pour le Gouvernement Provincial.... .	500.
Pour le Gouvernement Municipal.... .	500.
Pour la Communauté et Famille.....	4 000.

Ces calculs ont pour base la moyenne de production industrielle comme suit: A l'âge de 25 ans, (moyenne fatale pour la tuberculose), la probabilité de survie et d'utilité industrielle est de 20 ans, la moyenne de salaire (par année) est \$500, dont 5% va au trésor provincial et 5% au trésor municipal; ce qui représente, après vingt ans, \$500, payées au trésor provincial et \$500 au trésor municipal. Ces contributions, il faut bien le reconnaître, sont directes et indirectes, et, suivant la loi de "mutualité," la somme payée est supérieure à celle mentionnée ci-dessus.

Une vie humaine, à cette période d'utilité, selon les cours de justice, atteint sa plus haute valeur entre la 25e et 30e année et d'après Marshall Leighton, ne vaut pas moins de \$8,000. La moyenne est de \$6,000 et, selon mes calculs, se divise comme ci-haut.

(1) Présenté à l'assemblée annuelle de "l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose," tenue à Ottawa, le 15 avril 1903.

Ainsi le Gouvernement Fédéral perd par ces décès \$8,000,000 chaque année; les différents gouvernements provinciaux \$4,000,000; les différents gouvernements municipaux, \$4,000,000; les communautés intéressées, \$32,000,000; ce qui comporte une perte annuelle de \$48,000,000.

Les désœuvrés (40,000) causent une perte, en plus, de \$24,000,000, calculée sur leur valeur, per capita, au compte de 10%.

La perte totale pour le pays est donc, d'après les données ci-haut, de \$72,000,000.

Que faisons-nous pour enrayer ces pertes?

En 1901, une étude de Otto Naegeli, de Zurich, paraissait dans les "archives de Virchow," d'où l'on concluait d'une manière positive que 96% de toutes les personnes âgées de plus de 18 ans étaient atteintes de tuberculose latente ou active.

Quelle leçon tirons-nous de ceci? Simplement que l'organisme humain doué de pouvoir résistant acquiert une immunité artificielle par les semés du germe de la tuberculose, en faisant payer une rançon de plus de 2,000,000 de vie chaque année dans le monde entier.

Vous êtes au courant de la littérature des vingt dernières années sur le sujet de la tuberculose et vous connaissez aussi les excellentes méthodes introduites par le Dr Biggs, en 1897, pour combattre la tuberculose dans la ville de New-York, par l'entremise du Bureau de Santé. Ce système était considéré tellement radical que Koch en fit l'éloge public au dernier Congrès de la Tuberculose.

La mortalité par tuberculose a certainement décliné à New-York, mais il faut lire le rapport du Dr Ledesle, commissaire de la Santé Publique de la ville de New-York, pour rester convaincu que cette méthode laisse à désirer. Dans son rapport au maire Low, en date du 26 mars 1903, le Dr Ledesle parle en ces termes: "La tuberculose est encore la cause du plus grand nombre de décès dans cette ville, qui, suivant mon opinion, appelle l'attention du corps municipal dans l'intérêt de la santé publique. Le nombre de personnes souffrant de tuberculose est estimé à 30,000 ou 40,000, et

beaucoup de ceux-ci infectent leurs proches. Je crois que le temps est arrivé pour que la ville de New-York s'efforce d'enrayer cette maladie en traitant ces malades, soit par les Sanatoria ou autrement." Il faut en conclure que ceci est une confession d'inefficacité et le Dr Ledesle reconnaît la vérité de ce que l'on a toujours prêché, c'est-à-dire, que pour arriver à bonne fin, il faut que les corps intéressés agissent conjointement.

Naturellement ces réflexions nous portent à nous demander ce que *nous faisons au Canada pour enrayer ce fléau?*

Nous savons que les Bureaux de Santé, provinciaux aussi bien que municipaux, sont incapables à eux seuls de traiter la question. Si nous exceptons la mise en force de réglementations au sujet de l'expectoration dans quelques-unes de nos villes, il nous faut reconnaître que les gouvernements municipaux n'ont encore rien fait. Les gouvernements provinciaux d'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont entamé les fonds publics pour ces fins, mais pas suffisamment. Le gouvernement Fédéral a fait un don de \$1,000 à l'association Canadienne (centrale) afin de poursuivre ses fins, et ce gouvernement espère enrayer le mal en nous faisant venir des immigrants. En 1901, 49,149 immigrants furent importés dans ce pays, à forfait de \$444,730. En 1902, 67,379 personnes furent importées aux frais de \$495,842. Nous n'avons qu'à comparer les deux côtés de ce médaillon pour en conclure que l'on importe chaque année un nombre égal de personnes qu'il nous faut pour remplir la lacune causée par le bacille de la tuberculose.

Si nous pouvions faire ceci sans aucun frais, ça ne serait pas tellement regrettable, mais *ça coûte presque un demi million par an sans améliorer notre position.*

C'est une leçon, voilà tout. Considérons maintenant l'aspect vétérinaire de la question.

La tuberculose des bovidés d'après la dernière statistique officielle sévit au taux de 2½ % seulement, dans le pays, causant vraiment que peu de pertes, puisque la chair d'animaux atteints est si rarement condamnable.

Malgré tout cela, on voit que le Gouvernement Fédéral dépensa en 1900, \$19,992 pour enrayer la tuberculose des ani-

maux. et, en 1901, \$26,054 pour les mêmes fins. Si les animaux sont d'une valeur réelle pour les habitants du pays, ne croyez-vous pas que les habitants de ce même pays qui contrôtent les valeurs des produits agricoles et industriels devraient, aussi, être protégés par ce même gouvernement Fédéral?

Si ce pays était menacé par une calamité nationale entraînant de grandes pertes, il serait facile, je crois, d'éveiller l'attention des autorités fédérales. Supposons, par exemple, que la récolte de blé du Nord-Ouest, évaluée l'an dernier, à \$25,000,000, soit en partie ou totalement détruite par la grêle; avec quel empressement ce gouvernement Fédéral ne viendrait-il pas offrir des fonds pour empêcher que la même chose se répète.

C'est vous demander si \$72,000,000 en valeur humaine ne réclament pas d'être considérés au même titre que \$25,000,000 en valeur de semences.

Quelque peu de réflexion sur les faits ci-haut mentionnés nous forcera à en conclure que pour enrayer la tuberculose il faut qu'elle soit attaquée de tous les côtés.

Pour y arriver, il est évident que les différents corps publics devront agir conjointement; c'est-à-dire le Gouvernement Fédéral, les Gouvernements Provinciaux, les conseils municipaux, la Presse, les représentants de la société et les philanthropes.

A moins que cette union des intéressés se fasse, inutile d'espérer la victoire.

Sans aucun doute, il est du devoir du Gouvernement Fédéral de prendre l'initiative, car autrement personne ne bougera.

Il est du devoir de "l'Association Canadienne pour la prévention de la tuberculose" non seulement d'attirer l'attention du gouvernement sur ce sujet, mais d'insister sur ce fait, que pour rendre effective la lutte le gouvernement doit s'allier à l'association qui a pour but d'enrayer le fléau, comme on a fait en Allemagne.

Le premier pas fait par le Gouvernement Fédéral décidera les autres gouvernements à agir dans le même sens.

DEUX OBSERVATIONS DE GASTRO-ENTEROSTOMIE. (1)

Par le Dr O.-F. MERCIER

Professeur de Clinique chirurgicale, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

Deux cas très graves d'obstruction pylorique que j'ai traités et guéris dernièrement, à quelques semaines d'intervalle, par la gastro-entérostomie, m'ont semblé valoir la peine d'être publiés; et j'ai cru qu'il pourrait être utile de faire précéder le rapport de ces deux observations par un résumé succinct de cette question de la gastro-entérostomie, qui tend de plus en plus à entrer dans la pratique courante. C'est, à mon avis, une opération très importante, appelée à rendre très souvent d'immenses services. Encore faut-il que l'on sache bien quelles en sont les indications exactes et précises, ses dangers, les résultats, et quel est le procédé opératoire qui convienne le mieux.

La gastro-entérostomie n'est pas une opération nouvelle. Elle a été pratiquée pour la première fois par Walfler, le 28 septembre 1881: ce fut une gastro-entérostomie précolique, c'est-à-dire pratiquée sur la face antérieure de l'estomac, avec une anse grêle amenée en avant du colon. Cette variété d'anastomose gastro-intestinale exposait, entre autres dangers, à l'étranglement du colon pris dans l'anse trop courte du petit intestin.

On ne tarda pas à améliorer légèrement et insuffisamment cette technique en faisant passer l'anse intestinale à travers le méso-colon transverse et en l'anastomosant encore malheureusement à la paroi antérieure de l'estomac. Le petit intestin était à peu près certain de se faire étrangler dans le trou transmésocolique.

L'anastomose antérieure précolique d'une anse du jéjunum prise au hasard, fut aussi abandonnée à cause du "circulosus viciosus" et du fait que, bien souvent, l'anastomose était faite trop loin du duodénum et trop près du cœcum; d'où perte pour l'absorption et la nutrition d'une longue section intestinale. Roux, dans un cas où il eut recours à ce procédé, anastomosa avec l'estomac une anse d'iléon qui se trouvait être à quarante

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 25 avril 1903.

centimètres de la valvule iléo-cœcale. Le même accident m'est arrivé lorsque je pratiquai ma première gastro-entérostomie. Je plaçai le bouton de Murphy à mi-chemin, à peu près, entre le duodénum et le cœcum.

Le procédé de Von Hacker obvie à tous les accidents ci-haut mentionnés. Le voici tel que décrit par son auteur lui-même en 1885. L'abdomen étant ouvert sur la ligne médiane, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, l'estomac est attiré en dehors, relevé, et rabattu en haut sur la paroi abdominale; l'épiploon et le colon transverse subissent alors la même manœuvre, de sorte que la face postérieure du méso-colon devienne antérieure. On pratique alors un trou dans un espace non vasculaire de ce méso, puis on y attire l'estomac que l'on fixe par quatre points de suture aux bords de ce trou, de manière à l'obturer et à empêcher tout passage de l'intestin à travers le même colon. Sur la portion postérieure de l'estomac ainsi herniée et fixée, on anastomose la première anse de l'intestin grêle dont on trouve toujours facilement l'origine en haut et en arrière à gauche de la colonne vertébrale.

Les avantages de ce procédé sont nombreux. Il supprime la longue anse d'intestin intermédiaire au pylore et à la bouche gastro-intestinale, il place le nouvel orifice de communication dans un point déclive lorsque le malade est couché; enfin, l'opération faite, les différents organes se trouvent en position normale, et les contractions péristaltiques de l'estomac et de l'intestin se font dans le même sens. Le seul danger qui puisse subsister c'est celui que les Allemands appellent le "circulosus viciosus" qui résulte alors de la formation d'un éperon stomacal du bout inférieur de l'intestin, alors qu'il communique largement avec le bout supérieur. De là le rejet de tous les aliments ingérés et, en même temps, de toute la bile sécrétée. C'est pour obvier à cet incident que Lanenstein, Braun, Walfler et Roux ont imaginé leurs procédés de double anastomose (gastro-entérostomie en Y). Tous compliquent malheureusement et considérablement l'opération de Von Hacker qui, néanmoins, pratiquée régulièrement met d'une manière à peu près sûre, à l'abri du circulosus viciosus.

Il suffit que l'anse soit retournée dans le bon sens et qu'elle soit assez longue pour être parfaitement libre.

Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens ayant en cette sorte d'opération une large pratique n'emploient plus que la trans-méso-colique postérieure.

Le bouton de Murphy, encore très utile pour anastomoser entre elles ces anses intestinales, n'est plus guère employé dans la gastro-entérostomie.

La technique des anastomoses par simples sutures est si simple et si rapide et, en même temps, si solide et si certaine que l'on peut dire qu'elle a totalement remplacé le bouton de Murphy. Je ne saurais décrire ici ces sutures. On les fait à la soie, en surjet, à l'aide d'aiguilles rondes, longues et fines, et elle comprennent deux plans dont un séro-séreux et l'autre que l'on qualifie d'hémostatique et qui comprend toute l'épaisseur des parois.

La méthode Tuffier-Hartman est, je crois, la meilleure.

On reproche surtout au bouton de Murphy de ne pas donner une anastomose solide sur laquelle l'on puisse compter en cas de vomissements; le fait est qu'on l'a souvent trouvé dans la cavité péritonale; il ne simplifie guère les choses, et n'abrège pas l'intervention. Pour ma part je l'ai complètement mis de côté, n'ayant eu avec lui que des déboires.

Au début, la gastro-entérostomie a donné des résultats très décourageants; la mortalité en était de 65 à 71%; mais les méthodes se sont progressivement améliorées et aujourd'hui les différentes statistiques ne reconnaissent plus qu'une mortalité de 12.50% à 13%. Comme on le voit par ces chiffres, la mortalité a énormément diminué: je suis d'ailleurs fermement convaincu que cette mortalité opératoire diminuera encore le jour où les médecins, plus renseignés sur cette question, ne chercheront plus à traiter indéfiniment par des poudres, des régimes et des lavages, les malades atteints de sténose du pylore; lorsqu'ils n'attendront plus, comme ils le font trop souvent encore aujourd'hui, que leurs malades soient réduits à l'état de véritables squelettes pour les adresser au chirurgien; voyez donc: le malade dont j'ai rapporté ici l'observation avait toujours eu

comme poids normal 175 à 180 lbs; il pesait 105 lbs le jour de l'opération.

Les résultats éloignés sont des plus remarquables. L'appétit qui semblait perdu à tout jamais revient rapidement, les aliments ingérés ne sont plus rejetés et les douleurs cessent complètement; le malade, j'oserais dire, sent avec volupté passer ses aliments de son estomac à son intestin, et ce dernier, qui était devenu en quelque sorte paralysé, tant ces malades souffrent de constipation opiniâtre, reprend sa tonicité, et les gardes-ropes redeviennent régulières. L'amélioration de l'état général est conséquemment très remarquable, les accès fébriles dus à la stase alimentaire disparaissent; le poids augmente rapidement (neuf livres en 15 jours chez mon malade) en même temps que les forces, surtout si on n'a affaire qu'à une sténose simple, non cancéreuse. S'agit-il d'une lésion néoplasique, les résultats immédiats sont aussi bons et rapides mais ne sont pas durables; au bout de quelques mois, l'intoxication générale due au néoplasme finit par l'emporter et le malade succombe. Mais au lieu de la mort précédée d'horribles souffrances qui attend celui qui n'a pas été opéré, il s'éteint en quelque sorte, et si le chirurgien n'a pu lui sauver la vie il lui a du moins, tout en prolongeant ses jours, procuré une mort lente et douce.

Un plus grand nombre de malades que l'on est généralement porté à le croire sont justifiables d'être traités par la gastro-entérostomie. Toutes les sténoses du pylore demandent cette opération; les sténoses bénignes, cicatricielles, dues le plus souvent à des cicatrices d'ulcères, plus rarement à des brûlures; les sténoses congénitales et les sténoses cancéreuses, les rétrécissements sous-pyloriques dûs à la lithiase biliaire, au cancer duodénal ou à des péritonites localisées ayant laissé à leur suite de la gêne pylorique ou sous-pylorique.

Une fois le diagnostic posé, et nous verrons tout à l'heure qu'il est encore assez facile à faire, il faut recourir à la gastro-entérostomie. La py'oro-plastie et la divulsion du pylore ne sont plus guère employées aujourd'hui.

Le cadre de ces indications s'étend de jour en jour. Il est vrai que certaines d'entre elles sont encore fort discutables, mais il n'y a aucun doute qu'elles ont donné d'excellents ré-

sultats contre les ulcères de l'estomac rebelles à tout traitement médical, et contre toutes formes de dyspepsie après échec des moyens internes, lorsqu'elles s'accompagnent de douleurs et de vomissements tardifs, ou plus simplement de ce que l'on pourrait appeler le syndrome pylorique que nous allons maintenant étudier.

Les symptômes de la sténose pylorique sont faciles à constater dans l'immense majorité des cas. Les aliments ne pouvant trouver issue dans l'intestin sont, après un certain temps, rejetés par vomissements ou bien restent dans l'estomac et y fermentent; des gaz s'en dégagent qui distendent la paroi stomacale qui s'efforce, par des contractions toujours douloureuses, de se débarrasser de son contenu. Ces efforts continus épuisent le muscle stomacal, d'où dilatation de l'estomac. Aussi constate-t-on, d'une manière constante et même à jeun, la clapotage stomacal sur une étendue plus grande qu'à l'état normal. Avant d'en arriver là le malade a présenté, bien entendu, tous les signes de l'affection causale: douleurs, hématemèse, hématemèse dans l'ulcère, dans les brûlures, les signes de l'hyperchlorhydrie, de l'ulcère éch.

Les vomissements tardifs, les douleurs stomacales plus intenses surtout quelques heures après l'ingestion d'aliments, le clapotement de la région stomacale sont les plus importants symptômes de cette sténose.

Un autre phénomène de non moindre importance c'est l'onduation épigastrique très facile à constater chez ces malades amaigris et que déterminent les chocs imprimés à la paroi stomacale pour produire le clapotage. Son existence indique toujours un obstacle pylorique.

Ces symptômes ont surtout une extrême importance si on les constate après douze heures de jeûne, ou mieux, le matin à jeun. Alors pour acquérir une plus grande certitude, faites à votre malade, à l'aide du tube de Faucher, un lavage de son estomac. L'estomac normal ou dilaté sans sténose pylorique ou sous pylorique doit être alors vide, si on retire des fragments alimentaires, c'est qu'il y a obstacle grave à l'évacuation normale de l'estomac, une sténose de l'orifice de sortie, ou plus

rarement une adhérence étendue des parois gênant ses contractions péristaltiques.

La présence de ces résidus alimentaires indique immédiatement que la médecine sera impuissante à guérir le malade ; leur constatation doit faire appeler le chirurgien. Aussi, l'ignorance des médecins qui se contenteraient de soulager par des lavages, des poudres, etc., ces malades qu'ils conduisent lentement mais sûrement à la mort par ingestion, est-elle aujourd'hui inexcusable.

Quelquefois ce lavage du matin ne ramène de l'estomac qu'une certaine quantité de liquide filant, acide, présentant tous les caractères biologiques du suc gastrique pur, mais chez ces dyspeptiques il y a aussi clapotage stomacal, amaigrissement et accès douloureux, il y a là, en réalité, une hypersécrétion gastrique permanente : c'est la gastro-succorrhée. Je n'ai pas à entrer ici dans les nombreuses discussions qu'à soulevées cette curieuse maladie, à savoir, s'il y a ou non sténose partielle du pylore (Hayen), sténose qui, dans tous les cas, laisserait passer les aliments et retiendrait les sucs gastriques, toujours est-il, et c'est là le seul point sur lequel je veux insister, c'est qu'encore ici, la gastro-entérostomie est entièrement indiquée et donne d'excellents résultats.

Le traitement post-opératoire est le même que celui de toute opération abdominale.

Quant à l'alimentation, je crois qu'elle doit être commencée d'emblée, c'est-à-dire aussitôt que les effets du chloroforme sont passés.

De deux choses l'une : ou la suture gastro-intestinale est bonne ou elle est mauvaise. Si elle est bonne vous pouvez alimenter vos malades, la crainte qu'ont de l'alimentation quelques chirurgiens est absolument chimérique. Si la suture ne tient pas, le suc gastrique et surtout les vomissements auront bientôt fait que de la faire sauter.

Il ne faut pas, d'un autre côté, oublier que ces malades sont affaiblis par leur long jeûne forcé, et qu'ils est de tout intérêt de relever leurs forces épuisées, le plus tôt possible, et que le plus sûr moyen d'atteindre ce but c'est par l'alimentation stomacale.

Les lavements nutritifs ne peuvent en aucune façon y suppléer d'une façon satisfaisante et efficace.

I. *Observation.*—M. N. G....., âgé de quarante-huit ans, se présente à moi le 20 mars sur la recommandation de son médecin de famille. Il est malade depuis le mois d'août 1901, souffrant de troubles digestifs qui se sont graduellement aggravés depuis ce temps.

Son histoire est des plus classiques et le diagnostic de sténose pylorique s'imposait, à toute évidence. Jusqu'au mois d'août 1901 il a toujours joui d'une excellente santé, fort, vigoureux, il a toujours travaillé ferme, et si, dit-il, il a quelquefois eu à souffrir de sa digestion, c'est que mis trop en appétit par les durs travaux de la terre, il s'était quelquefois permis de manger plus que raisonnablement ; il a, dit-il, toujours été un gros mangeur. Il n'a jamais fait usage immodéré de boissons alcooliques. Il est marié, père de 13 enfants, dont sept sont vivants et en bonne santé. Son histoire de famille est excellente, on n'y trouve aucune trace d'hérédité cancéreuse ni tuberculeuse.

Au mois d'août 1901, ayant fait un soir un gros repas il fut pris d'indigestion, et dans les efforts de vomissements qui s'en suivirent, il eut une hématemèse considérable. Il en fut tellement affaibli qu'il ne put retourner à son ouvrage que trois semaines plus tard. A partir de ce moment il ne fut jamais bien, sa digestion devenant de jour en jour plus pénible. Bientôt les vomissements tardifs accompagnés de grandes douleurs survinrent, et petit à petit il lui devint impossible de digérer la viande, puis aucune substance alimentaire solide, les liquides même finirent par ne plus vouloir passer et être également rejetés au bout de quelques heures. Ses médecins lui administrèrent force médicaments et régimes, finalement il fut traité par des lavages d'estomac qui le soulagèrent beaucoup, et se procura lui même un tube de Faucher, et il prit l'habitude de se débarrasser l'estomac tous les deux jours des aliments corrompus et à moitié digérés qui s'y étaient accumulés. Les intestins qui au début fonctionnaient assez régulièrement, devinrent pour ainsi dire paralysés, et ce n'est qu'à l'aide de lavements qu'il pouvait les mettre en mouvements. Son appétit s'était conservé quand même, en ce sens qu'il aurait toujours pu manger, mais c'était le supplice de la faim qu'il ne pouvait satisfaire, puisque l'indigestion d'aliment était fatalement suivie de douleurs et de vomissements.

A ce régime notre pauvre malade ne pouvait durer longtemps, aussi quand je le vis était-il d'une faiblesse et d'une maigreur extrêmes. Son poids, qui à l'état normal était de 180 lbs, était tombé à 105 lbs, et depuis le commencement de décembre il avait abandonné tout ouvrage, il se préparait, m'a-t-il dit, à mourir de faim.

Il est à remarquer que jamais ce malade n'eut d'autre hématemèse que son hémorragie initiale, et que jamais dans aucun temps il ne passa de sang dans ses selles.

Mon diagnostic de rétrécissement pylorique cicatriciel fut vite établi, et j'en voyai M. N. G..... à l'Hôpital Notre-Dame s'y installer pour y être préparé à l'opération de la gastro-enterostomie.

Je l'opérai le 26 mars, je lui fis une gastro-enterostomie transmésocolique postérieure, sutures Hartmann-Tuffier. Le malade si affaibli, faillit un couple de fois y passer pendant l'opération que je m'efforçai cependant de mener ra-

pidement, quand même, laissant à mes assistants la charge de relever et soutenir les forces épuisées de mon pauvre malade. Je ne manquai pas, bien entendu, le ventre était ouvert, avant de procéder à la gastro-entérostomie proprement dite, de confirmer par l'examen direct du pylore mon diagnostic, j'ai trouvé un épaississement calleux en anneau et à bords mal déterminés. Il n'y avait aucune adhérence périphérique.

Le lendemain mon opéré n'ayant eu aucun vomissement depuis l'opération— et n'en eut d'ailleurs plus—put commencer à prendre de la glace et un peu d'eau de Vichy. Le surlendemain, je lui permis un peu de lait et eau de Vichy, un peu de café au lait et un peu de bouillon. Ses forces se relevèrent rapidement. Huit jours après l'opération il mangeait avec délice et digérait idem les viandes les plus indigestes, et le 11 avril il quittait l'hôpital parfaitement bien, ayant repris ses forces et pesant 114 lbs. Le fait est qu'à partir de 24 heures après l'opération il ne fut plus malade du tout, il guérit de son opération sans la moindre réaction inflammatoire, et il était réellement plus qu'intéressant de voir de jour en jour cet homme si épuisé, si affaibli et si amaigri par son si long et si pénible jeûne, revenir à vue d'œil à la santé depuis si longtemps perdue.

II. *Observation.*—Cette fois il s'agit d'une Dame L....., âgée de 58 ans, et qui depuis deux ans souffre aussi de troubles digestifs qui ont été en augmentant continuellement. Avant cette date sa digestion se faisait assez bien et elle avait toujours joui d'une bonne santé. Elle n'a jamais eu d'hématémèse, mais a commencé par avoir des douleurs considérables trois ou quatre heures après ses repas, puis plus tard des vomissements tardifs vinrent s'ajouter à ce symptôme. Depuis près d'un an elle a cessé complètement de manger de la viande, et même depuis janvier dernier elle a renvoyé à peu près régulièrement tous les aliments qu'elle a osé prendre, quoi qu'elle ne se bornât cependant qu'à l'ingestion de substances alimentaire liquides. Elle a beaucoup maigri, a perdu énormément de ses forces, mais elle est encore cependant capable de supporter l'opération que ses médecins lui conseillent et pour laquelle elle s'adresse à moi.

En présence de cette histoire je ne fus pas long à décider pour la gastro-entérostomie, ces douleurs et ces vomissements tardifs, l'échec absolu et systématique de toute médication, me font avec mes collègues penser à un sténose pylorique et le succès que je viens d'obtenir dans un cas à peu près identique m'enlève toute hésitation.

L'opération fut pratiquée le neuf mai courant sans le moindre accident. J'eus recours exactement au même procédé que pour le cas précédent, gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, sutures Tuffier-Hartmann. Je trouvai encore ici un épaississement de l'orifice pylorique, épaississement beaucoup moins dur et moins étendu que dans le cas précédent, mais je trouvai en plus, preuve de l'inflammation intense à laquelle fut soumise l'estomac antérieurement, je trouvai, dis-je, des adhérences étendues de la paroi stomacale et surtout de l'épiploon ou colon transverse, ce qui, entre parenthèse, m'obligea à modifier quelque peu ma technique. Je ne brisai aucune de ces adhérences les trouvant trop étendues pour entreprendre leur destruction.

La maladie guérit sans aucune réaction inflammatoire, mais ici nous fîmes ennuyés par des vomissements qui se continuèrent pendant les premiers cinq jours qui suivirent l'opération. Ces vomissements cessèrent cependant grâce à la médication interne et la malade à la dixième journée pouvait manger et

garder à peu près toutes sortes d'aliments. Aujourd'hui, 27 mai, jour de son départ de l'hôpital, elle a repris à peu près complètement ses forces, elle mange et digère sans aucune douleur ni vomissements toutes espèces de viandes, même les viandes de charcuterie et ses intestins fonctionnent régulièrement. Le fait est qu'elle ne suit plus aucun régime et qu'elle s'alimente comme tout le monde, un peu au caprice de son appétit, sans toutefois le satisfaire entièrement parce qu'il est insatiable.

La malade aurait pu quitter l'hôpital déjà depuis quelques jours si ce n'eût été qu'un léger accident au septième jour, lorsque je changeai le premier pansement, je fus désagréablement surpris de trouver un léger écartement des lèvres de la plaie vers son milieu, les efforts de vomissements avaient fait sauter deux ou trois points de mes sutures profondes au catgut ; ce fut d'ailleurs sans conséquences, quelques pansements secs obtinrent facilement la cicatrisation complète de cette petite plaie. Ce léger accident cependant me fit beaucoup réfléchir à la solidité de mes sutures gastro-intestinales, car elles résistèrent parfaitement aux efforts occasionnés par les vomissements, efforts si violents, qu'ils avaient pu faire sauter les sutures de la paroi cependant si solides. Je ne doute pas que le bouton de Murphy n'aurait pu en faire autant.

LES ALIÉNÉS AU CANADA D'APRÈS LES RECENSEMENTS OFFICIELS (1)

Par le Dr E.-P. CHAGNON

Agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre Dame, membre associé de la "Société Médico-Psychologique de Paris," membre honoraire de la "Société de Médecine mentale de Belgique."

Dans une récente communication sur les aliénés au Canada (2) faite à la Société Médico-psychologique de Québec, nous avons fait voir, d'après les statistiques des surintendants des asiles, une augmentation réelle du nombre des aliénés internés de 1871 à 1901 dans les asiles de la Puissance.

Nous savions cependant que cette population des aliénés internés ne représentait pas le nombre total des aliénés dans tout le Canada. Car, l'on sait que les recensements officiels donnent toujours pour population totale des aliénés dans un pays, un chiffre plus élevé que celui des aliénés internés; parce que dans ce chiffre total officiel sont compris à la fois les aliénés traités dans leur famille et ceux qui sont internés dans les divers asiles.

Comme à l'époque de notre première étude le dernier recensement n'était pas terminé, nous n'avions pu considérer les aliénés sous le rapport de leur nombre total dans la Puissance. Mais maintenant que ce recensement est complété, et que nous possédons ce chiffre, nous pouvons les examiner sous le rapport de leur nombre total avec la population générale du Canada.

Dans un premier tableau où nous donnons le nombre total des aliénés par 1,000 de population, nous constatons qu'il y a eu une augmentation générale des aliénés dans toute la Puissance durant les trois dernières périodes décennales, à l'exception de 1881 où nous voyons une diminution.

Nous vous ferons grâce des détails de la fluctuation du nombre des aliénés pour chaque province durant chaque période. Il vous suffira de jeter un coup d'œil sur ce tableau pour vous en rendre compte.

Dans un deuxième tableau nous faisons voir que cette augmentation du nombre des aliénés est réelle, c'est-à-dire qu'elle

(1) Présenté au Congrès de Washington, à sa réunion des 12, 13 et 14 mai 1903.

(2) UNION MÉDICALE DU CANADA, vol. VIII, folio 210 (1902).

n'est pas simplement une augmentation proportionnelle à l'augmentation de la population générale, mais bien une augmentation effective du pourcentage de l'aliénation dans le pays.

D'après ce deuxième tableau, nous constatons après une diminution réelle de deux aliénés pour dix mille âmes pour 1871-81, une augmentation réelle de cinq aliénés par dix mille âmes et de trois par dix mille respectivement pour les périodes 1881-91, 1891-01.

Soit, en résumé, une augmentation réelle de six aliénés par dix mille âmes pour les trois périodes 1871-81, 1881-91, 1891-01.

Enfin dans un troisième et dernier tableau, nous comparons le chiffre des aliénés internés avec celui de la population totale des aliénés.

Ici nous constatons que ce sont les provinces de l'ouest, le Manitoba et Nord-Ouest, la Colombie Anglaise et le Yukon, qui internent le plus grand nombre de leurs aliénés.

Considérée dans son ensemble, la Puissance du Canada a hospitalisé 0.26 % de ses aliénés pour l'année 1871, 0.48 % pour l'année 1881, 0.61 % pour l'année 1891, et 0.64 % pour l'année 1901. Ce qui donne, de 1871 à 1901, une augmentation de 0.38 % dans l'hospitalisation des aliénés au Canada.

Nous remarquons, d'après ces statistiques que les provinces les plus anciennes: Ontario, Québec, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île du Prince-Édouard, présentent, proportionnellement à la population, un chiffre d'aliénés plus élevé que les provinces plus récemment ouvertes.

De cette étude, basée sur les recensements officiels de la Puissance du Canada, nous concluons:

Qu'il y a eu, pour les trois dernières périodes décennales, une augmentation de l'aliénation mentale au Canada dans la proportion de six aliénés par dix mille âmes.

TABLEAU No 1—Indiquant la proportion totale des aliénés internés et non internés par 1,000 de population, calculés sur les recensements de 1871, 1881, 1891 et 1901.

	Recensement.	Population.	Aliénés.	Proportion par 1000 de population.
Ontario	1871	1,620,851	4,081	2.52
	1881	1,923,228	4,340	2.25
	1891	2,114,321	5,855	2.76
	1901	2,182,947	7,511	3.44
Québec.....	1871	1,191,516	3,300	2.76
	1881	1,359,027	2,931	2.16
	1891	1,488,535	4,550	3.05
	1901	1,648,898	5,245	3.18
Nouvelle-Ecosse	1871	387,800	1,254	3.23
	1881	440,572	1,445	3.28
	1891	450,396	1,373	3.05
	1901	459,574	1,392	3.03
Nouveau-Brunswick.....	1871	285,594	788	2.76
	1881	321,233	705	2.19
	1891	321,263	886	2.76
	1901	331,120	054	3.18
Manitoba et Nord-Ouest.....	1871	12,228	.....	.....
	1881	118,706	49	0.41
	1891	138,127	218	1.58
	1901	438,925	637	1.46
Colombie Anglaise et Yukon.....	1871	36,247	.....	.....
	1881	49,459	68	1.37
	1891	98,173	130	1.32
	1901	204,439	299	1.67
Ile du Prince-Edouard.....	1871	94,021	.....	.....
	1881	108,891	351	3.22
	1891	109,078	333	3.05
	1901	103,259	357	3.46
Puissance du Canada.....	1871	3,707,252	9,423	2.54
	1881	4,324,810	9,889	2.29
	1891	4,719,893	13,342	2.83
	1901	5,369,157	16,495	3.07

TABEAU No 2—indiquant l'augmentation et la diminution proportionnelle et réelle des aliénés internés et non-internés calculés sur les recensements de 1871, 1881, 1891 et 1901.

	Recensement.	Population.	Aliénés.	Augmentation proportionnelle.	Augmentation réelle.	Diminution réelle.
Ontario	1871	1,620,851	4,081	0,0025	.....	.....
	1881	1,923,228	4,340	0.0023 (a)	.....	0.0002
	1891	2,114,321	5,855	0.0028	0.0005	.....
	1901	2,182,947	7,511	0.0034	0.0006	.....
Québec.....	1871	1,191,516	3,300	0.0028	.....	.....
	1881	1,359,027	2,931	0.0022 (a)	.....	0.0006
	1891	1,483,535	4,550	0.0031	0.0009	.....
	1901	1,648,898	5,245	0.0032	0.0001	.....
Nouvelle-Ecosse.....	1871	387,800	1,254	0.0032	.....	.....
	1881	440,572	1,445	0.0033	0.0001	.....
	1891	450,396	1,373	0.0030 (a)	.....	0.0003
	1901	459,574	1,392	0.0030	0.0000	.....
Nouveau-Brunswick..	1871	285,594	788	0.0028	.....	.....
	1881	321,233	705	0.0022 (a)	.....	0.0006
	1891	321,263	886	0.0027	0.0005	.....
	1901	331,123	1,054	0.0032	0.0005	.....
Manitoba et Nord-Ouest	1871	12,228	.....	.....	.....	.....
	1881	118,706	49	0.0004	.....	.....
	1891	138,127	218	0.0016	0.0012	.....
	1901	438,925	637	0.0015	.....	0.0001
Colombie Anglaise et Yukon.	1871	36,247	.....	.....	.....	.....
	1881	49,459	68	0.0014	.....	.....
	1891	98,173	130	0.0013 (a)	.....	0.0001
	1901	204,439	299	0.0015	0.0002	.....
Ile du Prince- Edouard.	1871	94,021	.....	.....	.....	.....
	1881	108,891	351	0.0032	.....	.....
	1891	109,078	333	0.0031 (a)	.....	0.0001
	1901	103,259	357	0.0035	0.0004	.....
Puissance du Canada	1871	3,707,252	9,423	0.0025	.....	.....
	1881	4,324,810	9,889	0.0023 (a)	.....	0.0002
	1891	4,719,893	13,342	0.0028	0.0005	.....
	1901	5,369,157	16,495	0.0031	0.0003	.....

(a) Diminution.

TABLEAU No 3--Indiquant le pourcentage des aliénés internes sur la population totale des aliénés, internés ou non internés, calculés sur les recensements de 1871, 1881, 1891 et 1901.

	Recensement.	Population totale des aliénés.	Aliénés internés.	Pourcentage.
Ontario.....	1871	4,081	1,366	0.33
	1881	4,340	2,521	0.58
	1891	5,855	3,883	0.66
	1901	7,511	5,152	0.69
Québec.....	1871	3,300	788	0.24
	1881	2,931	1,683	0.57
	1891	4,550	2,548	0.56
	1901	5,245	3,025	0.57
Nouvelle-Ecosse (a).....	1871	1,254	.....	.....
	1881	1,445	.....	.....
	1891	1,373	878	0.64
	1901	1,392	1,014	0.73
Nouveau-Brunswick.....	1871	788	246	0.31
	1881	705	312	0.44
	1891	886	465	0.53
	1901	1,054	547	0.52
Manitoba.....	1871	.....	.....	.....
	1881	49	47	0.96
	1891	218	153	0.70
	1901	637	452	0.71
Colombie-Anglaise et Yukon.....	1871	.....	16	.....
	1881	68	48	0.71
	1891	130	123	0.94
	1901	299	262	0.87
Ile du Prince-Edouard.....	1871	.....	64	.....
	1881	351	97	0.28
	1891	333	137	0.41
	1901	357	184	0.52
Puissance du Canada.....	1871	9,423	2,480	0.26
	1881	9,889	4,708	0.48
	1891	13,342	8,193	0.61
	1901	16,495	10,636	0.64

(a) Antérieurement à 1895, l'on ne tenait pas compte dans les rapports officiels du nombre d'aliénés internés dans les asiles de comtés. Nous n'avons pu pour cette raison utiliser les statistiques que nous fournit le rapport annuel du *Nova Scotia Hospital* pour la période remontant à 1871.

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES AU SUJET D'UN CAS DE PSORIASIS (1)

Par le Dr C.-N. VALIN

Agrégé-chargé du Cours d'Hygiène, médecin dermatologiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Ce cas de psoriasis, messieurs, est typique et classique, et il n'offrirait aucun intérêt particulier si notre confrère, n'avait débattu, par scrupule scientifique la question de syphilis à cause des avortements répétés chez la femme de cet homme.

En effet, messieurs, pour des médecins non rompus aux questions dermatologiques et quelquefois peut-être même pour des dermatologistes, le diagnostic peut être embarrassant. La confusion vient de ce que psoriasis et syphilis, à une certaine période, sont des maladies papulo-squameuses. La lésion fondamentale et initiale c'est la papule qui se coiffe bientôt d'une squame.

Le cas présent cependant ne saurait nous tromper, tout est psoriasique, rien n'est syphilitique; localisation, évolution, couleur, caractères de la squame tout est du plus pur classique. Lorsque la syphilis est en cause il y a des nuances qui nous permettent le plus souvent de dégager le diagnostic de l'incertitude. Ainsi: la *couleur des papules* est plus sombre, cuivrée à certains endroits, car l'évolution syphilitique ne présente pas la même rapidité d'apparition et d'évolution ou la même contemporanéité des éléments éruptifs; les *caractères de la squame* sont très suggestifs: la squame est plus nacrée, plus blanche, plus argentée, plus consistante et plus adhérente dans le psoriasis; au contraire dans la syphilis elle est plus friable, plus jaune, moins adhérente, moins résistante, ne consistant souvent que dans une collerette autour de la papule appelée collerette de Biet; le *prurit* est assez prononcé dans le psoriasis et habituellement nul dans la syphilis; les *localisations* de l'éruption sont différentes: le psoriasis a ses points d'élection sur les parties saillantes, subissant le plus la friction telles que: genoux, coudes, sacrum, surfaces externes des bras et des jambes; la syphilis affecte plutôt les surfaces internes, les plis, les orifices, les surfaces plantaires et palmaires, (localisation très fréquente dans la syphilis et excep-

(1) Remarques faites à la Société Médicale de Montréal, séance du 10 août 1903.

tionnelle dans le psoriasis); la cavité buccale est généralement affectée par la syphilis et non par le psoriasis (on a bien décrit le psoriasis buccal, mais il n'existe pas réellement); enfin, les lésions syphilitiques sont souvent unilatérales tandis qu'elles sont symétriques dans le psoriasis.

Comme vous le voyez, messieurs, il y a abondance de signes différentiels entre ces deux maladies.

Vous me permettrez maintenant, messieurs, d'ajouter quelques remarques sur la pathogénie, le pronostic et le traitement du psoriasis.

Certains auteurs ont pensé devoir accuser un parasite comme cause de cette étrange maladie, mais cette vue n'a pas été confirmée et encore moins partagée. Ce qui est certain c'est que bien que le psoriasis soit une maladie "des gens bien portants," selon l'expression que j'ai vue quelque part, il ne constitue pas moins un signe d'infériorité de quelque point de l'organisme. Ce qui semble être maintenant de constatation classique c'est que les psoriasiques sont de la grande famille des neuro-arthritiques, frappés d'une infériorité du système nerveux. Dans ces cas le système nerveux est facilement impressionné et irrité par toutes sortes d'influences internes ou externes, telles que par exemple: toxines alimentaires, intestinales ou autres fabriquées dans le sein de l'organisme, ou des poisons venant du dehors, comme l'alcool.

Il faut donc, chez ces malades, pour les traiter, établir le dossier pathologique de chaque cas en particulier et faire une thérapeutique qui s'inspire des indications individuelles.

Je ne saurais trop m'élever contre un traitement uniforme et stéréotypé. Comme le dit M. Besnier: c'est celui qui connaîtra le mieux et à fond son malade qui pourra dicter un traitement de guérison.

Je ne saurais laisser passer cette occasion sans m'élever contre cette légende qui fait que l'*arsenic* est considéré par le corps médical comme une panacée dans le traitement dermatologique. C'est une déplorable routine qui fait croire à des générations successives de médecins que l'arsenic est le remède à tout faire dans la pratique dermatologique. Bien au

contraire, ses indications sont précises et assez restreintes. Ses effets stimulants sur la circulation centrale et périphérique le contre-indiquent formellement dans toutes les dermatoses aiguës et l'indiquent seulement dans les dermatoses sèches, indolentes et chroniques.

Lorsque l'arsenic est indiqué il faut l'administrer méthodiquement à doses ascendantes, en surveiller les effets et s'arrêter à temps, juste à la dose qui donne des effets physiologiques. Ces effets physiologiques c'est l'excitation vasculaire, la congestion de la muqueuse conjonctivale et, si on dépasse un peu la dose moyenne, on observe des bonds du cœur, de l'irritation gastro-intestinale, de l'insomnie. Il n'est pas désirable d'atteindre cette limite et voilà pourquoi la méthode des doses ascendantes nous permet de tâter la susceptibilité du malade et de ne point dépasser la limite physiologique.

Si jamais maladie présente réunies les indications de l'arsenic c'est bien le psoriasis et pourtant tous les psoriasiques ne sont pas égaux devant ce remède: un grand nombre sont intolérants, beaucoup n'en retirent pas de bénéfice et enfin ceux qui sont tolérants et en bénéficient ne sont pas la majorité. L'indication de l'arsenic reste donc individuelle. Une congestion aiguë de la peau, l'éréthisme nerveux, un cœur irritable, un arthritisme floride, un mauvais état des voies digestives constituent autant de contre-indications formelles. Il faut, comme je l'ai dit précédemment, établir le dossier pathologique du malade par un examen complet. Il faut avant tout connaître la formule urinaire, car l'urine, quand on sait la regarder, est le miroir de la nutrition. Parmi les psoriasiques, les uns sont des uricémiques, les autres des phosphaturiques; ceux-ci auront de l'hypo-azoturie, de l'hypo-nutrition, ceux-là de l'hyper-azoturie et de l'hyper-nutrition. On ne saurait traiter les uns et les autres de la même manière.

L'absence d'éducation dermatologique, même élémentaire, dans notre enseignement médical, m'excuse, messieurs, de vous entretenir de ces banalités.

Aussi je profiterai de cette occasion pour déplorer, avec vous tous qui prenez intérêt au progrès scientifique du corps

médical, cette absence d'enseignement d'une branche médicale si utile au praticien. En effet, n'est-ce pas, il ne se passe une semaine sans que le médecin ne soit obligé de faire un diagnostic et de formuler un traitement pour un cas de dermatologie. Et qu'arrive-t-il trop souvent? c'est que le praticien n'a pas la moindre notion d'une méthode pour examiner son malade et même pour chercher un diagnostic dans ses livres car il se trouve ici ou dans un trou noir ou dans un dédale. Aussi que de torts occasionnés aux malades, que de traitements irrationnels et barbares on leur fait subir, que de contagions graves qui s'établissent dans les familles ou dans les couvents et collèges par l'ignorance des médecins; et cette ignorance, quel prestige ne fait-elle pas perdre au corps médical!!!

J'ai fait ce que j'ai pu, messieurs, pour organiser un enseignement libre de dermatologie, mais je me suis découragé finalement devant l'indifférence des uns et la mesquinerie des autres.

La Faculté de Médecine, en organisant l'enseignement de cette branche ne ferait que rendre justice à ses élèves et au corps médical qui déplorent tous les jours cette absence complète d'instruction dermatologique. Mes paroles sont dans ce moment entendues par un professeur titulaire, j'en suis heureux, car, comme il est reconnu pour un homme de progrès, il transmettra à la Faculté les vœux que forment et cette société et le corps médical pour la création d'une chaire de dermatologie et de syphilographie.

Il faut se hâter de combler cette lacune afin que les élèves de notre Université ne soient pas dans un état d'infériorité constante comparativement aux élèves des autres universités. D'ailleurs, outre les services immenses que rend la dermatologie dans la pratique journalière, cette science, étant reliée étroitement à la pathologie interne, est un excellent complément d'éducation médicale. Et, de plus, comme elle impose une méthode rigoureuse dans l'examen du malade, dans le diagnostic différentiel et dans l'application du traitement, elle constitue un excellent moyen pour créer chez l'élève l'esprit de méthode qui est ce qui manque le plus chez les étudiants.

En effet, le diagnostic dermatologique se base sur la recherche de la lésion élémentaire, sur la comparaison de celle-ci avec la lésion défigurée par l'évolution pathologique, sur les localisations, sur les liaisons qui peuvent exister entre l'organe cutané et les organes internes, sur le rôle effacé ou prépondérant des diathèses, sur, enfin, des minuties qui, au point de vue de l'éducation médicale, forcent les élèves à voir beaucoup et bien, à analyser et à synthétiser. La dermatologie devrait donc mériter plus d'attention de la part de la Faculté tant à cause de sa nécessité pratique qu'à cause du rôle éminemment éducateur qu'elle peut jouer.

REVUE GENERALE

FAITS DIVERS

Le sérum gélatiné à l'Académie de Médecine. — A propos d'une communication de M. Chauffard au nom de deux médecins de Marseille qui ont observé deux cas de tétanos consécutif aux injections de sérum gélatiné, l'Académie de Médecine a émis des opinions qu'il importe de connaître.

M. Chauffard a émis l'hypothèse, vraisemblable, que la contamination se faisait par la gélatine et non par les instruments; et ce qui le prouve, c'est la grande différence de pureté des gélatines du commerce et le fait que des expérimentateurs ont pu y déceler la présence des spores tétanifères. Les conclusions générales qu'il dégage de cette communication reposent sur la nécessité de n'employer *que la colle de poisson* soumise à une stérilisation double à 80° avec intervalles permettant aux spores de se développer et d'être ultérieurement détruites, ou à une stérilisation unique pendant une heure à 115°. Néanmoins une stérilisation d'une demi-heure lui paraît suffisante.

M. Lancereaux qui a pratiqué près de mille injections pour le traitement des anévrysmes, n'a jamais eu d'accidents, si ce n'est un léger érythème local, et une fièvre éphémère qui ne durait jamais plus de douze heures.

M. Chantemesse se demande si cette stérilisation n'altère pas ainsi les propriétés thérapeutiques de la gélatine; mais M. Pouchet (1), qui a fait des recherches à ce sujet est arrivé à la conclusion que, malgré une stérilisation à outrance, la gélatine ne perdait pas ses propriétés coagulantes; cependant il est porté à croire, d'après des expériences récentes de son élève Richaud que ces propriétés hémostatiques tenaient probablement à la richesse en sels de chaux des gélatines du commerce.

M. Glay estime que le meilleur moyen d'éviter ces accidents est d'employer des solutions de *chlorure de calcium*. Suivant

(1) Professeur de Pharmacologie.

lui, la gélatine décalcifiée par la grande chaleur ne possède plus sur le sang la propriété coagulante qu'on lui attribue soit à cause de son acidité, soit à cause de sa teneur en sels de chaux.

L'Académie a jugé nécessaire de confier l'étude de cette question à une commission spéciale, j'en étudierai plus tard les conclusions.

Jusqu'à présent, les expériences de Camus et Gley démontrent que seule la gélatine du commerce est coagulante à cause de son acidité et des sels de chaux qu'elle contient; que la décalcification lui fait perdre ces propriétés, et que la gélatine pure ne possède aucune propriété coagulante.

Il importe, cependant, de connaître le procédé opératoire de la pharmacie centrale de France pour la préparation du sérum gélatiné.

La gélatine a deux origines: 1° les rognures de peau; 2° les os.

Les rognures de peau viennent de la tête et des pattes des bœufs et des veaux, que ne peuvent utiliser les tanneurs. Une des conditions essentielles est la pureté d'origine de ces déchets; il faut des animaux sains; en second lieu, il faut un lavage abondant avec un eau pure dépourvue de matières organiques.

Quant aux os, il faut qu'ils soient également de provenance sûre et saine.

Ces produits divers sont soumis à l'action des acides pour les débarrasser de la matière organique: phosphates, carbonates, etc., puis conservés dans la chaux, lavés, enfin soumis à l'action de la chaleur dans des bains d'eau chaude à 80-90 degrés.

Les os que ramassent les chiffonniers servent à faire la colle-forte; les rognures de peau de lapin servent à préparer la colle pour les plafonniers.

Une fois la préparation terminée, la gélatine se conserve sans s'altérer, pourvu qu'on la place dans un lieu humide.

Mais, quelques précis que soient le titrage et les manipulations, une solution pour injections ne doit être livrée qu'après avoir été stérilisée.

M. Lancereaux conseille même de faire préparer d'avance plusieurs ballons semblables stérilisés, de les mettre pendant quelques jours à l'étuve à 38° centig. et de jeter ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie pas par refroidissement.

Ce moyen permettra, comme je l'ai dit plus haut, aux bacilles tétaniques de se développer, s'ils y sont, en formant un dépôt qui fera rejeter la solution.

La procréation des sexes à volonté. — Ce problème a toujours excité le plus vif intérêt, car l'étendue des lois qui président à la formation des sexes et dont la connaissance exacte permettrait à chacun de procréer, à volonté, garçon ou fille à sa place marquée au premier rang de celles qui intéressent l'humanité tout entière. Elle excite l'ambition des princes régnants qui désirent perpétuer leur dynastie; elle préoccupe même le bourgeois et le prolétaire dont les traditions doivent être conservées intactes à certains points de vue économiques. Aussi, de tout temps, les physiologistes, les médecins et les naturalistes ont-ils imaginé de multiples expériences, édifié de nombreuses hypothèses pour arracher à la nature le secret de ses préférences ou de ses caprices.

Dernièrement, le Dr Guiard, ancien interne des hopitaux de Paris, a fait une synthèse de la question, en se ralliant à une dernière théorie, plus logique et plus séduisante que les autres et dont il a pu contrôler les résultats chez 35 de ses sujets.

Mais avant d'exposer ces faits il est utile de connaître la genèse des théories qui ont eu leur vogue depuis les temps les plus reculés.

1° Depuis Hippocrate jusqu'à Michel Procope Couteau, milieu du 18e siècle, on a toujours cru que les testicules et ovaires droits fournissaient l'élément créateur du sexe masculin, tandis qu'à gauche c'était du féminin.

Cette hypothèse, fort peu satisfaisante il est vrai, a d'ailleurs été infirmée par des faits, car on a vu, d'une part, des hommes ne possédant qu'un seul testicule engendrer des enfants des deux sexes; et d'autre part on rapporte le cas

d'une femme opérée de l'ovaire gauche, par Péan, accoucher plus tard d'une fille avec son ovaire droit. Le docteur Coyteux-Prévost, d'Ottawa, en a rapporté un cas identique au *Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, en juin 1902. (1)

On a voulu aussi faire jouer un certain rôle à la position prise par la femme pendant les rapports, suivant le même principe. Suivant qu'elle se penchait à droite ou à gauche, il y avait garçon ou fille. Simples vues d'esprit.

2° Plus tard on a voulu voir dans la vigueur relative de l'un des parents une action prépondérante sur la détermination des sexes: d'un homme robuste et d'une femme débile naîtrait un garçon et vice versa. Mais l'observation n'a pas confirmé une semblable théorie.

Cette théorie se rapproche un peu de celle du docteur Schenck, directeur de l'Institut Embryologique, de Vienne qui affirmait que la suralimentation de la mère jouait le rôle prépondérant en déterminant la formation du sexe masculin. Elle fit beaucoup de bruit dans la presse politique mais elle ne causa que des ennuis à son auteur.

3° L'écart plus ou moins prononcé entre l'âge des deux parents a aussi été invoqué; l'aîné devant transmettre son sexe au produit de la conception. Le fait n'est pas confirmé par l'observation. D'autres opinions ont été émises, aussi variées que nombreuses et insuffisantes. "Quelque idée que nous nous fassions du sexe, dit le Dantec (2), nous sommes obligés de constater, dès le début, que les deux sexes existent dans l'œuf fécondé, par suite de sa formation même. Que l'un des sexes y prédomine, dans certains cas, au point de déterminer fatalement, dans le sens mâle ou femelle, l'évolution de l'individu qui en sortira, cela peut être, mais, question de quantité à part, les deux sexes préexistant... l'œuf fécondé est, par nature, hermaphrodite."

4° Quoiqu'il en soit, l'observation viendra peut-être un jour démontrer que rien n'est livré au hasard dans les règles de la vie.

(1) Voir UNION MÉDICALE, août 1902.

(2) Le Dantec, *la Sexualité*.

Le professeur Thury, de Genève, a émis une théorie qui semble confirmée par un certain nombre de faits et qui satisfait, dans une certaine mesure, les idées scientifiques admises aujourd'hui.

Comme le dit le Dr Guiard (1), c'est la seule qui fournisse une explication plausible de particularités singulières très fréquemment constatées dans l'espèce humaine (ressemblance des filles avec le père, des garçons avec la mère) et surtout qui ait reçu du contrôle expérimental sur les animaux un commencement sérieux de confirmation. D'après elle, c'est de la maturité plus ou moins parfaite à laquelle est parvenu l'ovule, au moment de la fécondation, que dépendrait le sexe de l'être procréé; il serait féminin lorsque cette maturité ne serait pas encore arrivée à un certain degré; masculin quand elle l'a dépassé. Le même ovule pourrait ainsi développer à volonté les deux sexes; il suffirait de régler le moment de l'accouplement de manière à ce que les spermatozoïdes s'unissent à lui pendant la phase correspondante au sexe que l'on désire."

Il est reconnu aujourd'hui que les différentes phases durant lesquelles la fécondation peut avoir lieu chez la femme se divisent comme suit: 1° 5 à 6 jours avant l'apparition des règles; 2° toute l'époque cataméniale, 5 à 6 jours; 3° 10 à 12 jours après la menstruation: soit 15 à 20 jours. Ainsi, d'après ces chiffres, qui paraissent authentiques, on peut dire qu'il n'existe pas, à proprement parler, pour la femme, d'époque entièrement anagésique.

Or, le professeur Thury, se basant sur ces chiffres qui ont pu être contrôlés par une observation aussi rigoureuse que possible, conclut que l'accomplissement de l'acte génésique 4 à 5 jours avant l'apparition des règles engendrera un enfant de sexe féminin, tandis que le même acte consommé 5 ou 6 jours, et même 10 jours dans certains cas, après la cessation des règles engendrera un enfant du sexe masculin.

Telles sont les grandes lignes de la thèse de Thury.

Expérimentation. Il est curieux d'étudier les résultats obtenus

1) Journal de Médecine de Paris 1903.

nus chez les animaux par l'application stricte des règles formulées par le prof. Thury.

Un agriculteur de la Suisse Romande a obtenu, sur 29 cas, 29 succès. Les vaches étaient présentées au mâle deux ou trois jours après le début de l'époque du rut pour obtenir un mâle; et le premier jour pour avoir une femelle. Dans chaque cas l'expérience a réussi.

Mais ce qu'il importe de savoir; c'est ce qui se passe dans l'espèce humaine.

Tarnier affirme que la loi de Thury ne s'est pas vérifiée chez la femme, " que la plupart des grossesses commencent après les règles, alors que l'ovule est arrivé à maturité complète et que néanmoins la proportion des enfants du sexe masculin est à peine plus considérable que celle des enfants du sexe féminin: 106 garçons pour 100 filles."

Suivant le Dr Guiard, cet argument serait faible, car il a établi que nombre de conceptions s'effectuent avant et pendant le flux menstruel.

Mais les observations exactes sont difficiles à recueillir, car des détails circonstanciés répugnent souvent à l'esprit le plus ouvert. Cependant, le Dr Guiard a pu réunir trente-cinq observations absolument précises; et, dans trente et un de ces cas, la loi de Thury a été confirmée. Le docteur Guiard s'exprime comme suit quant aux conditions requises pour le succès de l'expérimentation: "...c'est que la fécondation ne peut résulter que d'un seul rapprochement dont la date: trois ou quatre jours avant les règles pour une fille, trois ou quatre jours après pour un garçon, fût indiquée de la façon la plus précise. En dehors de ce rapprochement, aussi longtemps que la grossesse n'était pas absolument évidente, les rapports devaient être ou totalement interrompus ou pratiqués de telle sorte qu'ils ne puissent être suivis de conception."

D'autre part, le Dr Guiard remarque que les ressemblances des filles avec le père et des garçons avec la mère trouve son explication dans la loi de Thury.

Nous avons vu, plus haut, que l'ovule correspondant à chaque menstruation est fécondable durant vingt jours. Or, supposons deux femmes dont les règles commencent et finissent

le même jour, dont l'une est fécondée le premier jour de l'évolution ovulaire, et l'autre le vingtième jour; nous voyons que le facteur paternel intervient 19 jours sur 20 dans le premier cas; une fille; et un jour seulement sur 20 dans le dernier cas; un garçon.

Le premier enfant a donc subi beaucoup plus que le second l'influence du père dont il se rapproche par une ressemblance qu'il est possible de comprendre au point de vue biologique. Entre ces deux phases féminine ou initiale, et masculine ou terminale de l'évolution ovulaire, existe une phase intermédiaire indifférente où l'influence paternelle ou maternelle se fait sentir suivant que les dates se rapprochent ou s'éloignent du début ou de la fin de l'évolution ovulaire.

"Je laisse aux philosophes le soin de disserter sur les conséquences naturelles de ces données physiologiques au point de vue de l'hérédité des diverses qualités physiques et morales ou du génie des grands hommes; c'est moins à leurs fils qu'à leurs filles qu'ils ont chance de les transmettre." (1)

Quant aux grossesses gémellaires aboutissant à la naissance d'un garçon ou d'une fille, il est possible de les expliquer par la fécondation d'un ovule surnuméraire passé inaperçu—étant donné qu'il peut y avoir ovulation—et qui a été fécondé pendant la phase initiale ou terminale de son développement alors qu'un deuxième ovule, normal, celui-là, a été fécondé à époque fixe.

Cet ovule surnuméraire expliquerait certaines anomalies de fécondation qui infirmeraient la loi de Thury et qui s'expliquent ainsi.

Ainsi donc, on semble à peu près certain de procréer garçon ou fille à volonté en se rappelant *qu'un rapport fécondant pratiqué trois ou quatre jours avant les époques, produit normalement une fille, et trois ou quatre jours après, un garçon.*

C'est une théorie séduisante qu'il était bon de connaître et dont l'application pourrait rendre des services inappréciables à la sainte cause du féminisme *nouveau jeu.*

J.-A. LESAGE,

(Agrégré Médecin Hôpital Notre-Dame.

(1) Dr Guiard, *loc. cit.*

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

LA LICENCE INTERPROVINCIALE AU POINT DE VUE DES STATISTIQUES OFFICIELLES (1)

Dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE nous avons fait valoir tous les avantages d'une licence inter-provinciale en nous appuyant, surtout, sur le rapport de la Société Médicale de Montréal.

Aujourd'hui nous reprendrons la même question, mais avec des arguments beaucoup plus forts que ceux que nous avons apportés précédemment. Nous avons pu nous procurer les chiffres de la population canadienne-française de nos provinces sœurs avec le nombre de médecins de langue française qui exercent leur profession parmi ces compatriotes. Nous pourrions ainsi, plus facilement, nous rendre compte de l'opportunité, ou non, d'une licence inter-provinciale. D'avance nous pouvons dire que le nombre de médecins, de langue française qui exercent dans Ontario et les autres Provinces n'est pas en rapport avec la population canadienne-française de ces mêmes provinces.

Depuis la publication de notre premier article, la Chambre de Québec a eu l'occasion de discuter le mérite du Bill Roddick. L'opposition a été très forte pour ne pas dire unanime contre ce projet de loi, et il ressort de toute la discussion que nos députés, sauf quelques exceptions, n'entendent pas accorder à la Chambre Fédérale le droit de réglementer, d'aucune façon, l'éducation dans la Province de Québec. Placés à l'avant-garde, nos législateurs se sont montrés gardiens sans reproches de nos droits et privilèges; nous leur adressons nos remerciements. Les orateurs n'ont pas nié la nécessité de créer une loi qui permettrait à un médecin canadien d'aller là où bon lui semble, dans tout le Canada, exercer sa profession. C'est du gros bon sens; cependant nous sommes heureux d'avoir entendu nos députés l'affirmer à tour de rôle. Nous serons peut-être mieux accueillis lorsque nous irons avec toute la profession leur demander de faire une loi — *provinciale*, cette fois — qui nous permettra d'échanger notre licence contre celles des autres provinces.

(1) Voir UNION MÉDICALE, Mars-Avril 1903.

Il nous faut maintenant travailler avec l'aide de toute la profession à la réalisation de ce dernier projet. Pour faire partager à nos lecteurs l'opinion que nous avons de la nécessité d'ouvrir de nouveaux champs d'action à notre profession, nous revenons à la charge, aujourd'hui, avec des chiffres statistiques qui convaincront, nous en sommes sûrs, plus d'un confrère. Nous supposons que des médecins croient encore qu'il vaut mieux ne rien faire et ne pas déranger l'état actuel par une législation fédérale ou provinciale. Ceux-là espèrent peut-être que tout est bien fini; que les promoteurs du Bill Roddick vont se tenir coi, et que tout danger est passé. C'est sans doute cruel de notre part. Mais il nous faut leur enlever ce dernier espoir et leur montrer qu'au contraire nous ne sommes qu'au début; que M. le Dr Roddick et ceux qui l'appuient n'en resteront pas là. Nous l'avons déjà écrit, les promoteurs de ce Bill craignaient un échec à Québec et prévoyaient déjà en 1902 qu'ils seraient obligés de se passer de notre Province. Voici d'ailleurs une preuve évidente de ce que nous avançons. "Le docteur Roddick affirme que, si son projet de loi est repoussé par l'une ou l'autre des provinces du Dominion, il s'adressera de nouveau au Parlement Fédéral et demandera de l'amender de façon à autoriser la formation d'un Bureau Fédéral qui deviendra en force dès qu'il sera accepté par cinq ou plus des Législatures Provinciales." (*Canada Lancet*, Nov. 1902, p. 200). Ce journal de médecine, publié à Toronto, ajoute à la même page: "Nous sommes portés à croire que la Chambre de Québec sera la première à donner son adhésion à la Loi Roddick qui permettra à ses médecins d'aller dans les autres Provinces qui ont une population de 300,000 à 400,000 canadiens-français. Si, cependant, la Province de Québec fait de l'opposition à cette loi et que les Chambres fédérales refusent tout amendement qui la mettrait en force sans le concours de Québec, il sera toujours facile aux provinces qui le voudront de se grouper et de former un bureau commun d'enregistrement, auquel les autres provinces pourraient adhérer, plus tard, si elles le désirent. Il deviendra alors possible de mettre l'enseignement reçu dans ces pro-

vinces sur un pied d'égalité et, sans aucun doute, avec le temps, il en sera ainsi pour toutes les provinces.

Pouvons-nous rester inactifs du moment que nous savons, d'une manière certaine, que les autres provinces veulent une entente commune entre elles et celà d'accord avec les idées du Dr Roddick? Non évidemment, surtout si nous croyons qu'il y a pour nous des avantages à échanger notre licence contre celles des autres provinces.

Les chiffres que nous donnons ci-dessous serviront à la fois à convaincre ceux — le petit nombre — d'entre nous qui ne croient pas que les autres provinces soient utiles à nos médecins, et à faire connaître à ceux d'entre nous qui voudraient tenter fortune ailleurs les principaux endroits du Canada où nos compatriotes sont groupés en assez grand nombre. Voyons en premier lieu la population Canadienne-Française au Canada.

Population Canadienne-Française au Canada.

Province de Québec.....	1,307,980
“ d'Ontario.....	163,000
“ du Nouveau-Brunswick	80,000
“ de la Nouvelle-Ecosse.. ..	44,000
“ des Territoires du Nord-Ouest.....	24 876
“ du Manitoba.....	21,302
“ de l'Île du Prince Edouard	13,000
“ de la Colombie Anglaise.....	6,514
Yukon.....	6,000

1,667,172

Il y a en dehors de notre province, près de 400,000 de nos compatriotes répartis de la manière suivante :

COLOMBIE ANGLAISE.

Cette province présente peu de centres où les Canadiens-Français forment des groupes importants. Nous n'avons tenu compte que des centres ayant une population d'au moins 500 canadiens-français. Nous avons enregistré en même temps la population Irlandaise, le nombre de catholiques, la population totale et autant que possible le nombre de médecins.

	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins
Vancouver (ville).....	598	3,760	3,067	27,010	40
Victoria (ville)	350	2,262	2 001	20,919	25
Kootenay, W. Div. Rossland.	754	2,712	3,179	16,603	...

MANITOBA.

	Comté.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins
Dufferin.....	Lisgar.....	566	1,694	834	5,527	0
Lorne.....	do	1,359	471	1,827	2,286	0
De Salaberry..	Provencher....	1,358	35	1,644	1,807	0
LaBroquerie..	do	1,153	64	1,843	2,595	0
Montcalm.....	do	1,886	115	1,952	2,628	0
Ritchot.....	do	922	40	1,825	2,040	0
St-Boniface....	Ville Selkirk.	1,484	152	1,849	2,019	1
Taché.....	do	755	90	1,004	1,387	...
St-Fr-Xavier..	Selkirk.....	795	104	1,748	2,170	1
Winnipeg.....	Ville.....	1,379	1,324	5,143	42,340	65

NOUVEAU-BRUNSWICK.

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins
Bathurst.....	Gloucester.....	2,743	1,097	3,551	4,913	2
Beresford.....	do	3,998	188	4,237	4,457	...
Caraguet.....	do	3,927	39	4,017	4,074	1
Inkerman.....	do	1,989	356	2,413	2,421	...
New Brandon..	do	1,544	844	1,899	2,571	...
Paquetville...	do	1,318	8	1,340	1,341	...
St-Isidore.....	do	1,054	10	1,078	1,087	...
Soumarez.....	do	2,773	170	3,220	3,286	...
Shippigan.....	do	3,293	65	3,546	3,786	...
Acadieville....	Kent.....	1,182	21	1,216	1,256	...
Carleton.....	do	626	170	825	1,132	...
Dundas.....	do	3,142	69	3,221	3,453	...
Richibuctou...	do	1,995	516	2,545	3,879	1
St-Louis.....	do	2,180	58	2,240	2,278	...
St-Marie.....	do	2,093	79	2,166	2,449	1
St-Paul.....	do	1,047	11	1,059	1,141	...
Wellington...	do	3,131	245	3,371	3,949	...
Almwick.....	North'berl'nd	1,883	261	2,469	3,334	...
Chatham.....	do	796	2,037	3,302	6,624	5
Rogersville...	do	1,671	86	1,781	1,797	...
Addington....	Restigouche..	1,136	360	1,549	3,577	...
Balmoral.....	do	1,002	4	1,035	1,088	...
Dalhousie....	do	981	267	1,292	2,183	2
Durham.....	do	1,084	522	1,632	2,209	...
St-Jean (ville)	do	821	23,426	15,360	51,759	56
Drummond....	Victoria.....	1,270	270	1,526	2,684	...
Madawaska....	do	1,599	58	1,705	1,882	...
St-Anne.....	do	1,256	5	1,262	1,283	1
St-Basile....	do	1,587	19	1,907	1,608	...
St-François...	do	2,402	102	2,523	2,577	...
St-Hilaire....	do	1,114	27	1,150	1,150	...
St-Jacques....	do	1,026	34	1,071	1,073	...
St-Léonard...	do	2,619	26	2,657	2,738	...
Botsford.....	Westmorl'nd.	1,571	577	2,067	4,332	...
Dorchester...	do	4,017	432	4,536	6,068	3
Moncton, ville	do	1,919	1,332	2,803	9,026	12
Moncton.....	do	1,618	722	2,078	5,587	...
Shédiac.....	do	5,362	194	5,594	6,431	4

NOUVELLE-ÉCOSSE.

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins
Harbour au						
Bouche.....	Antigonish....	519	72	793	795	...
Linwood	do	530	47	672	781	...
Pomquet.....	do	635	19	897	910	...
Sydney, ville..	Cap Breton....	566	1,342	3,877	9,909	20
Amherstville..	Curberland...	727	491	1,145	4,964	7
Church Point..	Digby.....	932	21	987	988	1
Comeauville...	do	949	19	975	980	...
Grosses-						
Coques	do	623	22	647	647	...
Meteghan.....	do	1,096	53	1,204	1,214	2
Plympton.....	do	600	39	671	819	...
Salmon River	do	938	25	1,039	1,318	...
St-Bernard....	do	925	52	1,113	1,296	...
Larry River...	Gysborough...	740	5	826	910	...
Halifax.....	Ville	1,471	10,427	16,693	74,662	64
Chezetcook						
West.....	Halifax.....	981	71	1,043	1,116	...
Cheticamp.....	Inverness.....	2,411	36	2,441	2,480	1
Margaree						
Harbour.....	do	649	14	731	768	...
St-Joseph.....	do	941	101	1,092	1,052	...
Arichat, ouest	Richmond.....	884	13	981	1,045	2
Descousse.....	do	538	156	708	765	...
L'Ardoise.....	do	624	84	780	885	...
Petite de Grat	do	1,241	111	1,411	1,513	...
Poulamon.....	do	758	11	786	825	...
Rivière						
Bourgeois...	do	843	69	1,023	1,129	...
Rockdale.....	do	1,009	131	1,263	1,264	...
Éel Brook.....	Yarmouth	753	6	767	770	1
Islands.....	do	503	.....	504	504	...
Plymouth.....	do	554	.....	558	779	...
Pubnico, ou'st	do	1,139	3	1,147	1,151	4
Tusket.....	do	1,227	28	1,267	1,560	2
Tusket Wedge	do	996	27	1,025	1,026	...
Yarmouth						
village	do	1,215	397	1,824	6,430	10

ONTARIO.

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins
Sault Ste-Marie (ville)...	Algoma.....	724	1,597	2,065	7,169	12
Rat Portage (ville).....	do	24	1,033	1,193	5,202	9
Brockville.....	Brockville.....	805	7,453	2,823	15,901	20
Hintonburg						
village	Carleton.....	1,131	962	2,056	2,798	1
Nepean.....	do	892	3,325	2,411	5,480	...
Cornwall (vil.)	Cornwall et					
	Stormont....	2,53	1,345	3,657	6,704	7
Cornwall	do	1,807	980	3,565	6,911	
Finch	do	998	945	1,374	3,765	2
Roxborough..	do	1,442	749	1,879	4,834	...
Maidstone.....	Essex Nord...	901	754	1,401	3,117	...
Rochester.....	do	1,422	390	1,801	2,625	...

ONTARIO (Suite).

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholi- ques.	Popula- tion totale.	Nombre de médecins
Sandwich E...	Essex Nord...	2,306	101	2,480	2,794	2
Sandwich (v.)	do	714	153	873	1,450	...
Sandwich O...	do	2,055	131	2,199	2,738	...
Tilbury Nord.	do	1,768	103	1,842	2,192	...
Tilbury Ouest	do	596	445	550	2,209	...
Windsor (v.)	do	2,133	2,149	3,720	12,153	15
Amherstburg.	Essex Sud	711	408	1,077	2,222	4
Anderson.....	do	1,349	274	1,545	2,077	...
Madden.....	do	591	204	678	1,489	...
Alexandria village.....	Glengarry.....	805	127	1,567	1,911	4
Charlotten- burg.....	do	1,683	330	2,781	5,280	...
Kenyon	do	1,035	207	2,421	4,700	...
Lancaster vil- lage.....	do	1,607	262	2,692	583	2
Loekiel.....	do	1,722	213	2,800	4,857	...
Hamilton (v.)	Hamilton.....	810	13,336	8,872	52,634	71
Hungerford...	Hastings Est.	835	1,861	1,595	3,798	...
Trenton (v.)...	Hastings O.....	643	1,928	1,535	4,217	...
Dover	Kent.....	2,321	637	2,561	4,464	...
Tilbury Est...	do	582	785	631	3,456	3
Kingston (v.)	Kingston	658	8,075	4,782	17,961	37
Balfour.....	Nipissing.....	585	191	735	922	...
Bonfield.....	do	1,246	253	1,950	1,707	...
Caldwell.....	do	789	1	801	868	...
Ferris	do	692	110	728	962	..
McKim	do	803	649	1,453	3,012	...
Mattawa (v.)	do	617	303	1,065	1,400	2
Rayside	do	741	37	803	135	...
Springer.....	do	834	258	938	1,305	...
Sturgeon falls (ville).....	do	596	372	888	1,418	3
Sudbury (v.)	do	802	540	1,095	2,037	5
Ottawa (ville)	Ottawa.....	19,027	17,484	30,525	57,640	80
Peterborough (ville).....	Peterborough Ouest.....	692	4,320	2,690	11,239	22
Alfred.....	Prescott.....	3,054	226	3,189	3,327	1
Caledonia.....	do	1,450	254	1,541	2,201	3
Hawkesbury Est	do	3,160	650	3,553	1,621	2
Hawkesbury Ouest	do	532	341	655	1,350	...
Vankleek Hill village.....	do	716	377	804	1,674	3
Hawkerbury (ville).....	do	3,286	360	3,418	4,150	...
Longueuil	do	821	122	841	1,060	...
L'Orignal village	Prescott.....	772	83	795	1,026	1
Plantagenet Nord.....	do	3,066	258	3,580	4,082	2
Plantagenet Sud	do	2,378	606	282	3,544	...
Pembrooke (ville).....	Renfrew N....	1,128	1,783	2,446	5,156	6
Westmeath ...	do	562	1,678	694	3,586	1

ONTARIO (Suite).

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholi- ques.	Popula- tion totale.	Nombre de médecins
Cambridge....	Russell.....	2,608	163	3,093	3,459	...
Casselman village.....	do	571	32	583	707	...
Clarence.....	do	5,085	463	5,283	6,085	1
Cumberland...	do	1,563	1,905	2,019	4,198	1
Gloucester....	do	3,054	2,610	4,223	7,778	...
Rockland vil- lage.....	do	1,636	147	1,677	1,998	1
Russell.....	do	2,412	729	2,425	3,835	1
Penetaguis- hene (ville).	Simcoe Est...	1,135	410	1,427	2,422	3
Tay.....	do	1,059	1,646	1,496	5,442	...
Liny.....	do	1,938	713	2,254	4,356	..
{ Toronto C....	Toronto.....	457	7,940	4,701	28,765	} 390
{ do E....	do	1,131	14,947	7,654	45,621	
{ do O....	do	938	25,229	11,044	81,712	

ILE DU PRINCE-ÉDOUARD.

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais	Catholi- ques.	Population totale.	Nombre de médecins
Summerside ...	Prince, est.....	515	437	1,074	2,878	3
Township 15...	do	2,303	80	2,386	2,516	...
do 17...	do	728	149	918	1,589	...
Township 1...	Prince, ouest...	1,591	947	2,670	2,822	...
do 2...	do	1,588	266	1,988	2,160	...
do 5...	do	610	152	753	1,263	...
do 14...	do	586	128	1,275	1,488	...
Township 24...	Queen, est.....	1,339	77	1,431	2,362	...
Charlottetown ville.....	do ouest...	539	3,729	4,995	12,080	18
Township 23...	do ...	621	81	700	1,742	...

TERRITOIRES DU NORD-OUEST.

	Comtés.	Canadiens Français.	Irlandais.	Catholi- ques.	Population totale.	Nombre de médecins
Beamont.....	Alberta	226	51	325	532	...
Bruderheim....	do	209	36	15	610	...
Edmonton, est et ouest...	do	321	422	771	2,626	3
Lamoureux.....	do	246	29	333	387	...
Légal.....	do	211	7	228	249	...
Morinville.....	do	312	20	396	396	...
		223	10	724	889	1
Duck Lake....	Saskatche- wan.....	{ 334 métis 157 sauv'ge				

TERRITOIRES NON ORGANISÉS.

			Population totale	
Arthabaska.....	{ 105 canadiens-français 2,395 métis. 3,776 sauvages. }	catholiques 3,097	6,615	.....
Franklin	{ 4 canadiens-français 147 métis 5,834 sauvages }	catholiques 635	8,546	.....
Keewatin.....	{ 30 canadiens-français 176 métis 2,043 sauvages. }	catholiques 1,396	5,216	.....
Mackenzie.....	{ 50 métis. 560 sauvages. }		5,113	.....
Ungawa.....	{ 1,779 canadiens-français 2,559 irlandais 20 métis 3,302 sauvages }	catholiques 4,453	27,219	.....
Yukon.....				

Ces chiffres sont-ils assez éloquents? Ne prouvent-ils pas mieux que tout autre argument combien nous aurions tort de ne pas chercher à tirer profit de ces nouveaux champs d'action qui s'ouvrent devant nous?

Nous voyons dans Ontario, et le Nouveau-Brunswick surtout, des centres très peuplés où il nous semble que plusieurs médecins de langue française seraient les bienvenus.

Il serait peut-être intéressant de connaître le nombre de médecins de notre langue qui exercent déjà au milieu de ces compatriotes. En consultant le *Polks Medical Register*, édition 1902, nous avons enregistré tous les noms des médecins français et nous les donnons ci-dessous avec l'endroit où ils pratiquent, et sa population de Canadiens-Français.—Nous donnons en outre, pour chaque province, le nombre de médecins de toutes nationalités, ainsi que le nombre d'Hôpitaux sous la direction des religieuses.

COLOMBIE ANGLAISE.

Nombre de médecins : 190.

Hôpitaux catholiques: NEW-WESTMINSTER.—Hôpital Ste-Marie contenant 35 lits. Cette ville a une population de 6,499 dont 149 Canadiens-français et 1,037 Irlandais. Catholiques, 726.

ROSSLAND.—Hôpital Mater Misericordiæ, 45 lits. Population totale, 14,603 ; Canadiens-français, 754 ; Irlandais, 2712 ; catholiques, 3179.

Non St-Eugène : Hôpital St-Eugène, 25 lits.

NOUVEAU-BRUNSWICK.—Hôpital St-Jacques ; hôpital St-Paul, 70 lits. Population totale ; 27,010 ; Canadiens-français, 598 ; Irlandais, 3,760 ; catholiques, 3,064.

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins.
David La Baie.....	Nelson.....	Yale.....	358	2185	1349	7102	10
R. B. Boucher.....	Phoenix.....	Yale.....				75	3
J. Lefebvre.....	New-Westminster.....	New-Westminster....	149	1030	726	6499	6

MANITOBA.

Nombre de médecins : 140.

Hôpitaux catholiques : Hôpital St-Boniface, 150 lits. Population totale : 2019 ; Canadiens-français, 1,484 ; Irlandais, 152 ; Catholiques, 3,064.

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins.
J. A. Deschambault..	Letellier.....					200	1
Frs Demers.....	Ste-Anne-des-Chênes.....					300	1
J. H. O. Lambert...	St-Boniface.....	Provencher	1484	152	1849	2019	1
G. Marsolais.....	St-Norbert.....					200	1
Dubuc.....	Winnipeg.....	Winnipeg...	1379	7324	5143	42340	65
Blanchard.....	do.....	do	do	do	do	do	do

NOUVEAU-BRUNSWICK.

Nombre de médecins : 235.

Hôpitaux catholiques : CHATHAM.—Hôtel-Dieu, 30 lits. Population totale, 6,624 ; Canadiens-français, 796 ; Catholiques, 3,302.

ST-JEAN.—Refuge Mater-Misericordiæ, 80 lits. Population totale, 51,749 ; Canadiens-français, 821 ; Irlandais, 23,426 ; Catholiques, 15,360.

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins.
Timothé LeBel...	Buctouche.....	Kent.....	1995	516	2545	3879	2
Hilarion Leblanc	Cape Pald.....	Westmoreland				250	1
Fr. Comeau.....	Caraquet.....	Gloucester.....	3927	39	4017	4074	1
F. Richard.....	Chatham.....	Northumberland.....	796	2037	3302	6624	5
Edmond Nolin...	Madawaska.....	Victoria.....	1599	58	1705	1882	1
W. Lacroix.....	Edmundton.....					1000	4
P. Laporte.....	do					do	4
Chs Rouleau.....	Grand Falls.....	Victoria.....	336	765	9000	1897	2
J. Du Vernet.....	Grand Harbour.	Charlotte.....				330	1
— Gaudet.....	Memramcook.....					600	1
L. Bourque.....	Moncton.....	Westmoreland	1919	1332	2803	9026	12
T. J. Bourque.....	Richibucto.....	Kent.....	1995	516	2545	3870	1
L. N. Albert.....	Ste-Anne.....	Victoria.....	1256	5	1262	1283	1
L. J. Béliveau...	Shédiac.....	Westmoreland	5362	194	5594	6431	4
L. Robidoux.....	do	do	do	do	do	do	
Chs Avaré.....	do	do	do	do	do	do	

TERRITOIRES DU NORD-OUEST.

Nombre de médecins :

Hôpitaux catholiques : Dawson, Hôp. des Sœurs de Ste-Anne ; Hôp. Ste-Marie

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins.
J. Blouin.....	Battlefort.....	Saskatchewan	121	59	750	1089	2
E. Rouleau.....	Calgary.....	Alberta.....	125	910	537	4865	8
J. O. Lachapelle ..	Dawson.....	Yukon.....				20000	24
V. Bougie.....	Sintaluta.....	Assiniboia.....	51	138	96	804	1

NOUVELLE-ÉCOSSE.

Nombre de médecins : 418. — Hôpitaux catholiques: aucuns.

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins.
Chs Avaré.....	Amherst.....	Cumberland..	727	491	1145	4964	7
A. Leblanc.....	Arichat.....	Richmond.....	290	80	440	591	2
P. Fiset.....	Cheticamp.....	Inverness.....	2411	36	2441	2480	1
L. Bourret.....	Church Point ..	Digby.....	932	21	997	988	1
E. Du Vernet.....	Digby.....	Digby.....	44	138	109	1150	3
A. Landry.....	Erl Brook.....	Yarmouth.....	753	6	767	770	1
F. Gaudet.....	Meteghen.....	Digby.....	100	53	1204	1214	2
A. Perrin.....	Yarmouthville ..		1215	397	1824	6430	10

ONTARIO.

Nombre de médecins : 2,385.

Hôpitaux catholiques :

Brockville, un hôpital de 90 lits.
 Dundas, un hôpital de 200 lits.
 FAMILTON, un hôpital de 40 lits.
 Kingston, un hôpital de 100 lits.
 London, un hôpital de 65 lits.
 Ottawa, trois hôpitaux, sous la direction des Religieuses.
 Sudbury, un hôpital de 51 lits.
 Toronto, un hôpital de 200 lits.
 Windsor, un hôpital de 75 lits.

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-Français.	Irlandais.	Catholiq.	Population totale.	Nombre de médecins.
A. Gibeault.....	Alfred.....	Prescott.....	3054	226	3180	327	1
W. I. Campeau...	Amherstburg...	Essex.....	711	408	1077	2222	4
U. Gaboury.....	Belle River.....	do	482	74	567	607	2
A. Lemire.....	Chevalier.....	do				150	1
N. Desrosiers.....	Clarence Creek..	Russell.....	5085	463	5283	6085	1
A. Chevrier.....	Cornwall.....	Cornwall.....	2533	1345	3657	6704	7
Le Clair.....	Keewatin.....					1200	2
F. Blanchard.....	Lindsay.....	Victoria.....	333	3117	1476	7003	14
O. Dagenais.....	Orleans.....	Carleton.....				225	2
T. Fontaine.....	do	do				do	do
Gagnon.....	Sudbury.....	Nipissing.....	702	540	1095	1418	6
J. L. Chabot.....	Ottawa.....	Ottawa.....	19027	17484	30525	57640	79
R. Chévrier.....	do	do	do	do	do	do	do
F. Cornu.....	do	do	do	do	do	do	do
E. Lambert.....	do	do	do	do	do	do	do
L. Mongenais.....	do	do	do	do	do	do	do
Montizambert.....	do	do	do	do	do	do	do
L. C. Prévost.....	do	do	do	do	do	do	do
A. Robillard.....	do	do	do	do	do	do	do
L. G. Routhier.....	do	do	do	do	do	do	do
J. Savignac.....	do	do	do	do	do	do	do
A. Trudel.....	do	do	do	do	do	do	do
F. Valade.....	do	do	do	do	do	do	do
Bourque.....	do	do	do	do	do	do	do
E. Bédard.....	Pembroke.....	Renfrew.....	1128	1783	2246	5156	6
R. Boucher.....	Peterborough.....	Peterborough.	622	4320	2690	11239	22
H. Pigeon.....	do	(ville).....	do	do	do	do	.....
U. Gaboury.....	Plantagenet.....	Prescott.....	3066	755	3580	4082	2
J. Bédard.....	St-Eugène... ..	do				625	1
J. D. Bissonnette..	Stirling.....	Hasting.....	56	240	61	845	6
F. Boileau.....	Sturgeon Falls..	Nipissing.....	596	372	838	1418	3
D. Béchar.....	Tecumseh.....	Simcoe.....	1	2048	365	3440	3
A. Fournier.....	do	do	do	do	do	do	.....
C. E. Casgrain.....	Windsor.....	Essex.....	2133	2149	3720	12153	15
H. R. Casgrain....	do	do	do	do	do	do	do
J. Labelle.....	do	do	do	do	do	do	do
J. Rhéaume.....	do	do	do	do	do	do	do

ILE DU PRINCE-ÉDOUARD.

Nombre de médecins : 74. Aucun hôpital catholique.

MÉDECINS CANADIENS-FRANÇAIS.

		Comtés.	Canadiens-Français.	Irlandais.	Catholiques.	Population totale.	Nombre de médecins.
E. Blanchard.....	Charlottetown...	Queen.....	539	3729	4995	12080	18

Il peut se faire que le nombre de médecins d'origine française donné ci-dessus ne soit pas exact. Nous avons puisé nos informations dans le *Polk Medical Register*, édition 1902, et depuis cette date ce nombre peut avoir augmenté sensiblement. Cette statistique, jointe aux autres, est cependant plus que suffisante pour que nos lecteurs se fassent une idée des résultats à obtenir par l'échange de notre licence contre celle des provinces sœurs. Nous pouvons dès maintenant, il nous semble, affirmer sans crainte que nous avons tout intérêt à aller exercer notre profession parmi nos compatriotes des provinces voisines. Dans nos statistiques, à côté du chiffre de la population Canadienne-Française, nous avons donné la population Irlandaise, le nombre de catholiques et en dernier lieu la population totale; et cela pour chacun des endroits cités autant que possible. Le médecin de langue française, catholique et parlant l'anglais, recrute facilement des clients parmi les Irlandais catholiques surtout si ces derniers n'ont pas de compatriotes médecins parmi eux.

Nous donnerons en terminant un tableau indiquant le nombre de médecins pour chaque province du Dominion et en regard la proportion de médecins par mille habitants.

PROVINCES :	Population totale.	Nombre de médecins.	Nombre de médecins par 1000 habitants.
Colombie-Anglaise.....	178,657	190	1 médecin pour 990 hab.
Manitoba.....	255,211	140	1 " " 1822 "
Nouveau-Brunswick.....	331,120	235	1 " " 1409 "
Nouvelle-Ecosse.....	459,574	418	1 " " 1099 "
Ontario.....	2,182,947	2,885	1 " " 915 "
Ile du Prince-Edouard.....	103,259	74	1 " " 1395 "
Québec.....	1,648,898	1,495	1 " " 1102 "
Les Territoires du N.-O. . .	158,940	145	1 " " 1096 "

C'est donc la province d'Ontario qui offre le plus d'encombrement professionnel, et le Manitoba qui en offre le moins.

Notre province, toutes proportions gardées, est bien mieux partagée qu'Ontario; s'en suit-il que nous devons craindre l'invasion de nos villes et de nos campagnes par les confrères anglais d'Ontario? Nous avons déjà répondu ailleurs, à cette objection; il est bon cependant de répéter que ces médecins — qui parlent si rarement la langue française — n'iront pas tenter fortune parmi nos populations. Pour un médecin qui viendra chez nous, soyons en convaincus, dix confrères de notre langue iront, avec succès, tenter fortune dans Ontario ou les autres Provinces.

LA DIRECTION.

LE PROFESSEUR SCHEDE

L'Université de Bonn sur Rhin vient de perdre son professeur de clinique chirurgicale, Max Schede. Cette mort fait un vide et c'est une perte non seulement pour Bonn, mais aussi pour la chirurgie allemande. Avec Hoffa de Wurzburg et Wolf, de Berlin, il formait la triade des orthopédistes d'outre-Rhin, — tout comme Lorenz est la gloire de Vienne, Lannelongue, Kirrmisson et Boca les maîtres de l'école de Paris.

D'un labeur infatigable, il a laissé pour garder son nom des travaux d'une valeur réelle et qui resteront.

Sa dissertation sur la résection de l'articulation coxale, en 1868, lui valut d'être choisi par V. Volkmann comme son assistant.

Chirurgien d'armées en 1866, puis en 1870, Schede passa bientôt au corps enseignant, et de 1872 à 1875 il est privat-docent de chirurgie, à Halle. Il fonde bientôt avec V. Lexer et Tillmann le *Centralblatt f. Chirurgie*, devenue la grande revue chirurgicale de l'Allemagne. Il passe successivement par Berlin, puis Hambourg, jusqu'à ce qu'enfin il atteigne en 1895 le sommet, alors qu'il est promu à la clinique chirurgicale de Bonn; c'est là qu'il vient de mourir d'une pneumonie grippale, à l'âge de 59 ans.

J'aime à me rappeler la silhouette du petit homme, à la figure sévère, à l'œil perçant, d'habitude calme de gestes et de paroles. Mais était-il entourré de ses assistants ou à l'amphithéâtre de la clinique, il s'animait et combien facilement. Les phrases coulaient avec abondance, le geste les scandait; l'historique du cas présenté, qu'il possédait à fond, était revu pour les élèves,— le diagnostic différentiel posé, et une fois précisé, c'était un magistral exposé de la question avec, pour l'éclaircir, des dessins au tableau noir ou des croquis et photographies qu'il passait aux élèves.

Il ne manquait pas une occasion d'exposer le côté pathologique du cas, et son pathologiste était mis à contribution,

comme d'ailleurs ses autres assistants pour les dessins et schémas. C'était là de la vraie clinique, et combien intéressante ! Il n'y avait qu'à voir l'assiduité des élèves et à regarder ces figures captivées d'intérêt, pour comprendre ce qu'il faut aux étudiants pour les intéresser. Et c'était partout de même : chez Bergunann et Koenig, en chirurgie, chez Olshausen et Gusserowen, gynécologie, à Berlin ; chez Tredelebenbourg, à Laipsick ; chez Albert, Lorenz, Schauta, à Vienne.

Tous les détails complémentaires étaient mis à profit et nous quittions l'amphithéâtre l'œil rempli de ce que nous avions vu, ayant comparé deux ou plusieurs cas à peu près identiques, ayant fait avec le professeur un diagnostic différentiel sur le vif et entendu un bel exposé du cas pathologique. C'était là le Schede de l'amphithéâtre.

Et combien plus intéressant à étudier dans les salles, au lieu de ses malades. A son arrivée à l'hôpital le matin, il endossait la blouse et accompagné de ses assistants faisait la visite des salles. Le chef de service lui présentait les nouveaux cas, l'observation du malade écrite en détail ; le diagnostic étant posé et le traitement indiqué. Combien de fois je l'ai vu suggérer à l'assistant l'étude détaillée du cas. " Ah ! mais voilà qu'il serait intéressant de rapporter. Etudiez le cas, faites les recherches bibliographiques et pathologiques, et lorsque vous aurez votre matériel en mains, venez et nous referons ces notes ensemble."

Et voilà comment ces hommes de mérite, autant que de haute position, s'intéressent là-bas à leurs élèves et les aident. Cette amitié se trahissait encore en dehors de l'hôpital, autour de la table hospitalière de ce professeur qui, se faisant hôte d'occasion, aimait à réunir autour de lui ses assistants dont il se faisait ainsi des amis. Voilà comment était Schede avec ses assistants ; tout simplement ce qu'avait été pour lui V. Volkmann. Je me plais à relever cette remarque dans ce qu'en a si bien écrit son collègue et ami Tillmann.

Je comprenais alors comment ces positions d'assistants, à peine rémunérées et cependant occupées par des médecins de valeur autant que d'années, sont si recherchées.

Et c'est là, — dans cette collaboration intime autant qu'amicale — que réside le secret de la solidarité du corps médical allemand, de l'estime bienveillante et de l'affectueuse sympathie qui unissent là-bas professeurs et assistants.

Combien il serait à souhaiter voir se développer chez nous cette amicale solidarité entre maître et élève. Quelle émulation il y aurait si, au lieu de voir les jeunes quasi systématiquement éloignés des services de cliniques, — les chefs se les attachaient pour les détails du service: l'examen des malades avant leur présentation à la clinique, les recherches pathologiques, l'annotation de l'histoire du cas, etc... Il y aurait ainsi collaboration, les jeunes acquièreraient en expérience et l'on verrait alors quelque chose comme une vraie école, où les maîtres formeraient des élèves, qui étendraient leur réputation et continueraient leur œuvre.

E. ST-JACQUES,

Agrégé-charge du Cours d'Anatomie Pathologique,
médecin de l'Hôtel-Dieu.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 25 Avril 1903

Présidence de M. DUBÉ

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS.

I. M. VALIN présente deux malades atteints de *favus*. Le premier malade présente des lésions tout à fait typiques de la maladie, tandis que chez le second la maladie a perdu un peu de son caractère habituel. C'est une affection assez rare dans notre ville et comme cette affection est grave à cause du danger d'infection que présentent ces malades pour leur entourage, M. Valin insiste sur le diagnostic différentiel. C'est surtout avec les tricophities que le favus peut être confondu. Les trois principaux caractères de l'affection sont: ° La couleur jaune soufre des croutes; 2° Le godet centré par le poil; 3° L'odeur ammoniacale. L'étude microscopique du poil peut aider à fixer le diagnostic quand les infections secondaires ont changé l'aspect des lésions.

Le favus est contagieux mais demande ordinairement un terrain spécial pour se développer. La misère physique et la malpropreté prédisposent à l'infection.

Comme traitement: il faut d'abord débarrasser les endroits malades des croutes qui les recouvrent puis faire des lotions mercurielles ou à l'eau oxygénée, enfin recouvrir d'une pommade parasiticide: Huile de cade, soufre, turbit minéral, résorcine, etc.

M. Valin emploie souvent la pommade suivante:

{ Acide phénique.....	} à 10 grammes.	
{ Baume du Pérou.....		
{ Pétrole.....		} à 100 —
{ Glycérine.....		

II. M. VALIN présente un autre malade atteint de *lymphangiectasie du scrotum* avec dilatation considérable des lymphatiques de l'aîne et du scrotum. Le traitement médical dans ces cas donne peu de résultats et comme le malade est très gêné par son affection, M. Valin demande si une opération chirurgicale pourrait le soulager.

DISCUSSION.

M. ALPHONSE MERCIER se prononce en faveur de l'ablation des tumeurs lymphatiques.

M. O.-F. MERCIER dit que l'opération pouvait être tentée sans danger, mais l'on s'exposerait peut-être à avoir ensuite dans la plaie et la cicatrice une fistule lymphatique permanente. Le cas se présente quelquefois après l'ablation des ganglions et vaisseaux lymphatiques de l'aisselle pour cancer du sein. Cependant dans ces cas, le plus souvent, la fistule guérit après un certain temps.

III. M. PLAMONDON donne lecture d'un mémoire sur le *traitement chirurgical de l'amygdalite chronique*. Il fait une revue complète de tous les traitements qui ont été proposés contre cette affection, et se prononce en faveur de l'ablation à l'aide de l'anse galvanique.

DISCUSSION.

M. BOULET partage les idées de M. Plamondon sur le traitement chirurgical de l'amygdalite chronique. L'ablation des amygdales ne change pas la voix, l'affection ne récidive pas quand l'ablation a été complète et loin d'être un danger d'infection pour les voies aériennes elle enlève au sujet un foyer microbien dangereux.

M. Boulet est en faveur de l'ablation précoce des amygdales tuberculeuses.

IV. M. O.-F. MERCIER rapporte un cas de *gastro-entérostomie* pour lésion cicatricielle ancienne du pylore. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. St-JACQUES rappelle les bons résultats qu'il constata également chez les premiers malades que Hayem fit opérer

par Tuffier pour cette même sténose pylorique, consécutive à un ulcère.

Le procédé était également le "transmésocolique postérieur," ou méthode de von Haecker, — préférable à celle de Wolfer ou abouchement à la paroi antérieure de l'estomac. C'est parce que dans la méthode antérieure, souvent le colon transverse se trouve comprimé ou étranglé par l'anse intestinale, — et de plus que lors de sa réplétion, l'estomac pivote sa face postérieure en bas: donc dans une bonne position pour l'évacuation facile de son contenu.

Il fait également remarquer que le *circulus viciosus* ou passage de la bile du duodénum dans l'estomac par la boutonnière est une suite opératoire fort ennuyeuse. Il cite à l'appui un cas personnel, d'une dame opérée pour cancer de pylore, qui vomissait absolument tout ce qu'elle ingérait, tant liquides que solides, et dont les douleurs étaient fortement aggravées par ces vomissements incoercibles.

Il ne fit l'opération que dans un but palliatif. Mais durant 2½ jours après l'opération, la malade eut des vomissements biliaires très pénibles, bien qu'elle ne faisait pas de péritonite. Tout reprit son cours naturel, les vomissements cessèrent, et la malade mourut sans douleurs trois semaines et demie plus tard.

Quant à l'emploi du bouton de Murphy, le Dr St-Jacques n'est pas très en sa faveur, et sur ce point se rattache aux conclusions du mémoire présenté par Jordan et résumant l'expérience de Czerny à sa clinique de Heidelberg. On y avait abandonné le bouton de Murphy pour opérations entre l'estomac ou le gros intestin et le petit intestin, préférant pour ces cas la suture à la soie.

Il insista sur l'importance de suturer hors de l'abouchement définitif, les 3 couches — séro-musculo-muqueuse — l'une à l'autre, — car en ne prenant pas la muqueuse il y a danger d'hémorragie. Il cite le cas d'une autopsie, qui vérifia ce point de technique, et où il fut trouvé que l'opéré — pourtant entre les mains d'un grand maître — mourut saigné à blanc par hémorragie d'une artériole sur la tranche de section.

Il rappelle avec quelle insistance Kocher à sa clinique de Berne appelait l'attention des médecins qui le suivaient sur ce point de technique opératoire.

Il insiste sur l'importance d'un diagnostic précis et précoce dans ces cas de rétrécissements pyloriques. L'opération hâtive soulagerait au moins les malades, si elle ne les guérissait pas toujours.

M. DE MARTIGNY se prononce contre le bouton de Murphy, dans l'anastomose de l'estomac à l'intestin.

Il est en faveur de l'alimentation hâtive qui donne plus de chance au malade d'arriver à la guérison. Si l'opération est bien faite, il n'y a aucun danger à introduire des aliments liquides dans l'estomac.

M. DUBÉ rapporte l'observation d'une malade morte quelques jours après avoir subi une gastro-entérostomie, chez qui, à l'autopsie, on a trouvé une anastomose complète de l'estomac à l'intestin sans aucune infection dans le voisinage. La malade au moment de l'opération était dans un état de cachexie très avancée par privation d'aliments, et, malgré l'opération, n'a pas pu triompher de son inanition: elle a succombé à une affection rénale chronique.

Cette opération pourrait enseigner aux médecins à ne pas attendre que leurs malades atteints de lésions gastriques soient à la dernière extrémité pour demander les secours de la chirurgie. Un grand nombre de malades seraient soulagés et un bon nombre guéris s'ils étaient opérés à temps.

Séance du 12 mai 1903.

Présidence de M. DUBÉ

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS.

I. M. ALPHONSE MERCIER présente comme pièce anatomique le foie d'un individu tué dans un accident de voiture. Un lourd camion lui ayant passé sur le corps. *Le foie était*

complètement séparé en deux moitiés et la cavité abdominale était remplie de sang. L'homme est mort une vingtaine de minutes après l'accident.

II. M. MERCIER présente aussi un malade atteint de *larges ulcères du cou*. Le diagnostic présente quelques difficultés entre la syphilis et la tuberculose. La passé pathologique du malade semble laisser croire qu'il s'agit de syphili.

DISCUSSION.

M. VALIN dit que, dans ce cas-ci, on pourrait aussi songer à l'actinomyose qui peut produire des lésions semblables et s'améliorer également par l'iodure de potassium.

III. M. ALPHONSE MERCIER présente un autre malade atteint d'une *insuffisance organique tricuspéidienne*. M. Mercier passe en revue les différentes affections du cœur avec lesquelles il serait possible de confondre la lésion que présente ce malade.

IV. M. MONOD rapporte une observation de *tarsectomie cunéiforme* pour pied bot chez un adulte. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. St-JACQUES se prononce en faveur de l'opération de Phelps dans certains cas; et il cite à l'appui deux observations de guérison dont il produit les pièces à conviction (photographies). Il a aussi fait la *tarsectomie cunéiforme* dans deux cas. Il est en faveur du Phelps lorsqu'il est possible car il conserve au pied toute sa longueur. Les dangers de gangrène par sections de vaisseaux ne sont pas à craindre si l'on prend les précautions voulues.

M. St-Jacques admet les deux divisions du pied-bot congénital: celle où les tissus mous sont seuls déformés, l'autre où le squelette tarsien y participe aussi.

Il réclame pour Phelps, un "canadien" la priorité du procédé sur Kirmisson, qui ne fit connaître sa méthode que plus tard, alors que les travaux de Phelps étaient connus à l'étranger.

Il se range à l'opinion du docteur Monod: que l'arthrectomie est tout indiquée pour la variété du pied-bot varus-équin, où il

y a grande déviation et forte déformation du squelette. C'est ici le procédé de choix, tandis que le Phelps dans ces cas donne peu.

Mais en opposition au docteur Monod il réclame la préférence pour le Phelps dans le varus-équín où le squelette est peu déformé. Autant l'arthrectomie tarsienne externe est l'opération indiquée chez les déformés de 8 et 10 ans et plus, — autant le Phelps est pour lui préférable chez les jeunes enfants, où quoiqu'en dise M. Monod il donne presque toujours, sinon toujours, des résultats parfaits. L'insuccès viendrait plutôt de l'inexpérience des mains qui opèrent.

Malgré les dissertations théoriques du docteur Monod sur la non suffisance du Phelps, le docteur St-Jacques insiste sur ce point que les faits prouvent mieux que la théorie. Il présente à l'appui de ses dires quelques photographies de varus qu'il a opérés et où le Phelps a donné des résultats parfaits. D'ailleurs la méthode du chirurgien canado-américain a depuis longtemps acquis droit de cité en chirurgie orthopédique, sans que l'arthrectomie externe, sa cadette, ait réussi à diminuer la faveur de sa devancière. Chaque méthode à ses indications précises : au chirurgien de discerner et choisir.

M. O.-F. MERCIER a obtenu de bons résultats et avec la tarsectomie cunéiforme et avec la méthode de Phelps.

Cependant, toutes les fois qu'on le peut, on devrait, d'après lui, donner la préférence au Phelps qui produit un délabrement bien moins considérable des tissus et qui nous permet de conserver le pied dans toute sa longueur ce qui est un avantage précieux. Ce résultat esthétique n'est pas à négliger et compense grandement la plus grande perte de temps demandée au malade.

J.-P. DÉCARIE,
Correspondant.

ANALYSES

MEDECINE

Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire; par J. Crocq. (Journal de Neurologie, 1902, n° 6; — Archives de Neurologie, août 1902.)

L'auteur conclut de ses recherches qu'il existe deux variétés distinctes de réflexes plantaires, ayant chacune leur signification propre, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue anatome pathologique:

1° *Le réflexe plantaire cortical ou réflexe plantaire normal de Babinski*, constitué par la flexion des orteils provoquée par un attouchement très léger;

2° *Le réflexe plantaire médullaire* qui comprend:

a) *Le réflexe du fascia lata ou réflexe plantaire normal de Brissaud*, provoqué par une excitation un peu plus énergique qui n'est que le premier stade du mouvement de défense;

b) *Le réflexe défensif complet*, provoqué par une excitation encore plus énergique et constitué par la contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil (faux réflexe pathologique de Babinski), avec flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, etc.

E.-P. CHAGNON.

PEDIATRIE.

Hygiène alimentaire du nourrisson, par E. AUSSET, dans *La Pédiatrie pratique*, 1er mai 1903.

L'auteur fait un exposé clair et succinct de ce que doit être l'alimentation du nourrisson.

Et d'abord il pose en principe qu'il *n'y a rien de supérieur au sein de la mère*. Il importe donc qu'il soit bien dirigé.

Il ne faut rien donner aux nouveau-nés: ni eau sucrée, ni fleur d'oranger. Il faudra mettre au sein 4 ou 5 heures après accouchement en présentant successivement les deux seins. Le colostrum qu'il en retire le nourrit suffisamment et le débarrasse de son méconium par ses propriétés laxatives. La seconde tétée aura lieu 4 heures après, et ainsi de suite jusqu'à la montée du lait. A ce moment l'enfant prendra le sein toutes les 3 heures, soit 7 fois par 24 heures; 1re tétée à 6 heures a.m, la dernière à minuit. De minuit à 6 heures repos complet, à partir du 8e jour l'enfant prend toutes les deux heures et demie, et, vers le 15e jour toutes les 2 heures; mais jamais on ne devra dépasser 8 tétées par 24 heures.

Chez certaines femmes la montée du lait est tardive. Il faudra se rendre compte si la sécrétion lactée est suffisante en pesant l'enfant. Au début, l'enfant doit prendre 20 grammes par tétée (1 grande c. à s.), vers le 8e jour 30 à 40 grammes, à la fin du 1er mois 60 à 80 grammes, c'est-à-dire 5 à 600 grammes de lait par 24 heures (une chopine). Les tétées ne doivent pas être plus rapprochées afin que l'enfant ne soit pas suralimenté. Aussi faudra-t-il régler l'horaire des tétées au fur et à mesure que l'enfant s'éveillera.

Au 4^e mois on donne le sein toutes les 2 heures et demie ; au 5 ou 6^e mois 3 heures ; soit 7 tétées par 24 heures. À certain moment on pourra descendre à 6 tétées, l'enfant prenant 150 à 170 grammes de lait par tétée.

La nuit doit-on donner le sein à l'enfant ? Excepté pendant le 1^{er} et peut-être le 2^e mois, l'auteur répond : *Non*. À part cela, l'enfant et la mère doivent se reposer. Il faut de l'énergie de la part de la mère et ne pas craindre de voir son enfant pleurer.

L'auteur aborde alors la question des nourrices. Elle est secondaire pour nous qui ne pratiquons pas cette coutume.

On suivra *la courbe du poids* et l'apparence des selles pour s'assurer de l'état de santé de l'enfant. Il faut le peser tous les matins durant les 15 premiers jours ; puis tous les trois ou quatre jours jusqu'à la fin du second mois ; enfin tous les huit jours jusqu'à un an.

Durant les trois premiers mois un enfant doit augmenter régulièrement d'au moins 25 grammes par jour : soit 175 à 180 grammes par semaines (environ 6 onces) durant les trois premiers mois ; pendant le 2^e trimestre 20 grammes par jour, et enfin après le 6^e mois une augmentation moyenne de 15 grammes par jour. Quant aux selles, elles doivent être molles, couleur bouton d'or, n'ayant aucune mauvaise odeur.

Allaitement mixte.—Si l'allaitement maternel est impossible—classes ouvrières et mondaines—on peut recourir au lait de vache.

Dans le cas d'une femme ouvrière qui ne peut donner le sein que le matin et le soir, on complète l'alimentation en donnant le biberon aux mêmes intervalles. Il faut un lait pur et bien préparé : pasteurisé et conservé au frais ou stérilisé.

Allaitement artificiel.—Le lait qu'on emploiera ne doit pas provenir des vaches nourries avec des drèches, des pulpes de betteraves, des résidus de mélasse qui causent des troubles graves chez l'enfant. L'infériorité du lait de vache tient beaucoup moins à sa teneur en caséine, supérieure à celle du lait de femme, mais à la stérilisation qui détruit les ferments utiles à sa digestion. Le lait stérilisé est difficile à digérer, mais il est moins dangereux que le lait naturel rempli de germes.

L'auteur est un partisan de la stérilisation ; mais il emploie, depuis quelque temps, un procédé de pasteurisation qui lui donne entière satisfaction. Il consiste à chauffer le lait, de provenance sûre, à une température de 70 à 75°, suffisante pour détruire les germes qui s'y trouvent, mais non les ferments utiles, puis à le refroidir *brusquement*, de façon à empêcher que les spores, non détruites, puissent se développer, ce qui arriverait par un refroidissement *lent*.

Ainsi, l'auteur emploie exclusivement depuis quelques années un lait pasteurisé pour les 150 enfants de la Goutte de Lait de Saint-Pol-sur-Mer, avec des résultats merveilleux. De plus, il ne fait aucun coupage. Il donne le lait pur, et il est bien digéré. On donne le biberon à toutes les trois heures.

Quant à la quantité, l'auteur se base sur le tableau suivant :

AGE.	NOMBRE des têtes par 24 hrs.	INTER- VALLES des repas.	QUANTITÉ de lait par repas sucré à 2 0/0.	QUANTITÉ de lait par 24 heures.
Première semaine.....	6	t. l. 4 h.	15 à 20 gr.	90 à 120 gr.
Deuxième semaine.....	7	t. l. 3 h.	20 à 15 gr.	140 à 280 gr.
Jusqu'à la fin du 1er mois.....	7	id.	40 à 75 gr.	280 à 525 gr.
Pendant le 2e mois.....	7	id.	75 à 100 gr.	525 à 700 gr.
Pendant le 3e mois.....	7	id.	100 à 120 gr.	700 à 840 gr.
Pendant le 4e mois.....	7	id.	120 à 125 gr.	840 à 875 gr.
Pendant le 5e mois.....	7	id.	125 à 135 gr.	875 à 945 gr.
Pendant le 6e mois.....	7	id.	150 gr.	1.050 gr.
Pendant le 7e mois.....	6	id.	175 gr.	1.050 gr.
Pendant les 8e, 9e et 10e mois...	6	id.	175 à 180 gr.	1.050 à 1.110 gr.

Ces chiffres sont évidemment des moyennes, à modifier suivant la santé et le développement de l'enfant.

Après dix mois, on peut remplacer un biberon par une bouillie.

Quant à la courbe du poids elle n'est pas aussi régulière. L'enfant augmente plus rapidement pour demeurer à un poids stationnaire durant quelques jours. De même les selles sont plus dures et moins jaunes; il y a souvent constipation. On y remédiera en ajoutant du gros sel gris de cuisine (une pincée à chaque biberon).

J.-A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

I.—Recherche simple de l'albumine.

Dans un verre à réactif bien propre on verse de l'eau distillée bouillante dans laquelle on fait tomber une goutte d'urine. Si celle-ci contient des traces d'albumine, il se produit dans le liquide, sur le passage de la goutte, gagnant le fond, une opalescence très caractéristique, ressemblant à la fumée d'un cigare.

Cette méthode est recommandable lorsqu'on n'a que quelques gouttes d'urine à sa disposition.

II.—Antipyrine (incompatibilité).

Quelques incompatibilités importantes à connaître: 1° l'antipyrine donne avec le perchlorure de mercure une combinaison très toxique; 2° les solutions d'antipyrine précipitent par le phénol; 3° l'antipyrine et le salicylate de soude pulvérisés et mélangés donnent une masse gluante mi-liquide; 4° l'antipyrine et le chloral donnent ensemble un liquide huileux qui ne présente plus la réaction des composants; 5° l'antipyrine et le naphthol B mélangés donnent un produit qui ne tarde pas à liquéfier; 6° les solutions d'antipyrine précipitent par le tanin; 7° l'antipyrine élève le coefficient de solubilité de la caféine et des sels de quinine.

III.—*Traitement du diabète.*

1° Pendant trois jours, une heure avant les repas, dans un peu d'eau de Seltz, un des six paquets suivants feront baisser de moitié la quantité de sucre dans l'urine :

Antipyrine....	} à 1 gramme.
Bicarbonate de soude....	

2° Pendant six jours, le matin au réveil, un cachet de 60 centigrammes de bichlorhydrate de quinine.

3° Pendant quinze jours, prendre avant les repas, une cuillerée à soupe de
 Arséniate de soude.... 0 gr. 05 centig.
 Eau distillée.... 300 grammes.

Un quart-d'heure avant les repas, prendre aussi, dans un peu d'eau de Vichy, 20 centig. de carbonate de lithine.

4° Si le malade n'est pas guéri (un tiers des malades est guéri), il alcalinise son sang en prenant pendant dix jours :

Citrate de soude.... 5 grammes.

Pour un paquet n° 2 : un paquet, un quart-d'heure avant déjeuner et dîner.
 Ou bien encore :

Tartrate de potasse.... 4 grammes.

Pour un paquet n° 18 : un paquet avant déjeuner.

5° En cas d'insuccès, recourir aux sédatifs nervins :

Extrait de belladone.... 0 gr. 005 millig.

Extrait thébaïque.... 0 gr. 01 centig.

Extrait de Valériane.... 0 gr. 15 centig.

Pour une pilule n° 30.

Trois pilules par jour ; augmenter d'une pilule par jour, jusqu'à 10. (Pilules utiles dans le diabète pancréatique.)

6° Tout le temps de sa cure, le diabétique prend du quinquina (vin ou pilule de op. 20 centig. d'extrait).

H. ROBIN.

IV. Un auteur allemand estime que l'*euquinine* exerce une action fébrifuge supérieure à la quinine dont elle n'a pas les mauvais effets sur le cœur, le système circulatoire et le système nerveux. La rapidité, l'intensité et la durée de son action en font un médicament précieux dans les fièvres de tout genre. Chez les enfants il est un médicament de choix, à cause de son insipidité et de l'insignifiance des troubles accessoires qui l'accompagnent.

Il faut l'employer à doses fractionnées de 0 gr. 25 centig. à op. 50 centig. par dose à 2 gr. 50 à 3 gr. pro. die. chez l'adulte.

Chez l'enfant, les doses sont moindres :

De 6 à 8 mois : 0 gr. 02, trois fois par jour à 1 h. ou 2 d'intervalle.

De 8 à 10 mois : même dose quatre fois par jour à 1 h. ou 2 d'intervalle.

De 10 mois à 1 an : même dose, six fois par jour à 1 h. ou 2 d'intervalle.

De 1 à 2 ans : 0 gr. 05, trois fois par jour.

De 2 à 5 ans : 0 gr. 10, trois fois par jour.

De 5 à 7 ans : 0 gr. 25, deux fois par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Médecine, 2e édition, publié sous la direction des prof. Bouchard et Brissaud. Tome VIII. Masson et Cie, éditeurs, Boulevard St-Germain, Paris.

Les obsessions et la psychasténie, 1 fort volume, par Pierre Janet, auteur des "Névroses et idées fixes." Chez Félix Alcan, éditeur à Paris.

Traité de pathologie générale, publié sous la direction du prof. Bouchard. Chez Masson et Cie, à Paris. Tome VI. L'ouvrage est maintenant complété.

Les obsessions et la psychasténie.—*Fragments des leçons du mardi sur les états neurasthéniques, les abouliés, les sentiments d'incomplétude, les agitations et les angoisses diffuses, les algies, les phobies, les délires du contact, les tics, les manies mentales, les folies du doute, les idées obsédantes, les impulsions, leur pathogénie et leur traitement*, par les Drs F. Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux, médecin de la Salpêtrière, et Pierre Janet, professeur de psychologie expérimentale au Collège de France, directeur du laboratoire de Psychologie à la Salpêtrière. Forts volumes grands in-8°, avec gravures. (Paris, Félix Alcan, éditeur.)

Cet ouvrage est composé sur le même plan que les leçons cliniques des mêmes professeurs sur les *Névroses et les idées fixes*, parues en 1898. Il contient un ensemble d'observations recueillies et rédigées au laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière, observations dont un grand nombre ont été présentées, sous forme de leçons, au début des cours du mardi. Il complète les études cliniques et expérimentales publiées récemment par M. Pierre Janet, seul, sous le même titre, *Les obsessions et la psychasthénie*, et a fourni le moyen de réunir des détails souvent disséminés dans le premier volume, de reconstituer l'évolution de la maladie dans tel ou tel cas et de préciser, s'il y a lieu, le diagnostic. Tandis que M. Pierre Janet s'était d'abord attaché spécialement à la description psychologique des maladies, ces leçons décrivent les différents aspects et l'évolution des cas pathologiques que le médecin est exposé à rencontrer, ainsi que les complications graduelles telles qu'elles se présentent successivement.

Ce volume est donc, pour le médecin surtout, le complément obligé des études commencées par l'un des auteurs; les diverses méthodes de traitement et leurs résultats, exposés dans chaque cas particulier, contribuent à donner à cet ouvrage son caractère pratique en même temps que scientifique.

Le Cytodiagnostic, les méthodes d'examen des sérosités pathologiques et du liquide céphalo-rachidien, par le Dr Marcel Labbé, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné: 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'examen des sérosités pathologiques a fait dans ces dernières années de très grands progrès. On ne se contente plus aujourd'hui des constatations grossières sur la couleur, l'aspect, la densité, la formation d'un coagulum plus ou moins épais; mais on a recours, pour affirmer le diagnostic de la nature des sérosités, à une série de moyens tirés de l'*oroscopie*, de la *bactérioscopie* et de la *cytoscopie*.

Ce sont ces moyens que M. Marcel Labbé a réunis et condensés en un volume des *Actualités médicales*, en insistant particulièrement sur le plus moderne d'entre eux, le *cytodiagnostic*.

Les précautions antiseptiques que l'on apporte aujourd'hui aux plus minimes opérations médicales, ont rendu inoffensives les *ponctions exploratrices* faites dans les séreuses pleurale, péritonéale, vaginale, articulaire, péricardique, de sorte que ces interventions, autrefois redoutées, sont aujourd'hui pratiquées sans aucun danger, et ont pu être vulgarisées, non plus seulement dans un but thérapeutique, mais dans une intention diagnostique.

La ponction lombaire, si elle n'a rendu que des services négligeables dans le traitement des affections nerveuses et douloureuses, a eu, au point de vue diagnostique, une plus grande valeur en permettant d'étudier chez l'individu vivant les infections et les réactions organiques qui se passent au sein du système nerveux. Après avoir traité de l'examen des sérosités pathologiques, M. Labbé expose la technique et les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire.

Recherches Anthropométriques sur la Croissance des diverses parties du corps. — Détermination de l'Adolescent type aux différents âges pubertaires d'après 36,000 mensurations sur 100 sujets suivis individuellement de 13 à 18 ans, par le Dr Paul Godin, Médecin-Major de 1re Classe, Médecin Chef de l'Hôpital (salles militaires) de La Fère, Lauréat de l'Académie de Médecine. Membre et Lauréat de la Société d'Anthropologie de Paris. 1 vol. in-8° avec 1 planche, 5 fr. (A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine. Paris. Provisoirement: 95, Boulevard Saint-Germain.)

L'Étude de la Croissance est une véritable continuation de l'Embryologie avec laquelle elle constitue l'Anatomie du Développement, qui, chez l'adolescent comme chez l'embryon, n'est pas un simple agrandissement mais une continuelle transformation.

Ces recherches auxquelles l'auteur a consacré une dizaine d'années de travail et qui comblent une "lacune énorme en anthropologie," intéressent des catégories de lecteurs très diverses; car, si les faits dont il s'agit appartiennent essentiellement à l'Anatomie, ils ont par là même leur côté physiologique à l'Hygiène, à la Médecine, à l'Éducation physique et morale, aux Beaux-Arts, etc.

Il faudrait de nombreuses pages pour énumérer les aperçus entièrement neufs sur la puberté, sur le développement relatif et absolu des membres, sur le rythme de croissance des segments de membres et des os longs, ou pour indiquer seulement les faits nouveaux que l'on rencontre à chaque pas dans cet ouvrage.

Livre de fond, il est de ceux que l'on tient à avoir constamment à portée de sa main après avoir pris une fois connaissance de son contenu.

Manuel de Technique Chirurgicale des opérations courantes, par G. MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, avec 448 figures dans le texte. Un volume in-8°, 1902, 7 fr.

Ce manuel s'adresse, comme le dit l'auteur dans sa préface, aux étudiants et aux praticiens.—Malgré la restriction qu'il croit devoir faire, bien des chirurgiens y pourront également trouver leur profit.

L'auteur nous indique le but qu'il s'est proposé : mettre les praticiens à même de mener à bien des interventions qu'ils abandonnaient à d'autres, faute d'en connaître la technique. Ces opérations que l'auteur estime pouvoir être pratiquées par les médecins sont : 1° les opérations faciles non dangereuses à la portée de tous ; 2° certaines opérations d'urgence ; 3° quelques opérations très bien réglées.

Pour chacune d'elles, un seul procédé, le procédé de choix, est exposé avec clarté, méthode et simplicité; précèdent la description de l'intervention proprement dite se trouve un résumé de son indicateur, l'énumération des instruments nécessaires, et s'il y a lieu, le mode d'anesthésie et les notions anatomiques indispensables à l'exécution de l'opération. Chacun des temps opératoires est ensuite minutieusement décrit avec figures à l'appui.

Mentionnons le nombre de ces figures qui toutes ont été dessinées par l'auteur; c'est dire "qu'elles représentent ce qu'il a voulu qu'on y vit." Elles sont simples, dégagées de toute ornementation inutile et par là singulièrement claires, ce qui est le principal.

En résumé, ce livre semble appelé à rendre les plus signalés services à ceux auxquels il s'adresse. Tout différent des traités de médecine opératoire classique, et des traités de technique chirurgicale, que leur importance semble réserver aux chirurgiens, ce manuel vient répondre à un besoin qui se faisait sentir depuis longtemps.