

MONTREAL-MEDICAL

VOL. V

15 JUILLET 1905

NO 5

LA TUBERCULOSE ET LA CURE D'ALTITUDE

PAR M. LE DOCTEUR D. E. LE CAVELIER.

Voici une jeune tuberculeuse âgée de seize ans, qui a fait au sommet du poumon droit une attaque de tuberculose aiguë qui s'est traduite par une température élevée, oscillant entre 100° et 103° 4., une transpiration abondante, une expectoration variant de 20 à 24 grammes par jour parsemée de nombreux bacilles de Koch. Cette malade a beaucoup maigri et présente encore aujourd'hui un état anémique très prononcé; elle est cependant très améliorée, la fièvre est disparue, l'expectoration est diminuée de moitié, l'appétit est bon, les transpirations ont cessé, il n'y a plus de bacilles de Koch dans les crachats, les petits râles sous-claviculaires sont perçus avec peine par une oreille attentive, le pronostic devient plus favorable qu'au début de l'affection. Cependant l'on ne peut pas affirmer qu'elle est guérie, il est encore possible de localiser la lésion qui passera à l'état aigu si la malade n'est pas placée dans une condition hygiénique propre à compléter la guérison. L'on vous a déjà parlé du traitement suivi jusqu'à présent, nous reviendrons encore sur les indications thérapeutiques de la tuberculose au moyen de l'urée, des cacodylates, des gajacols, et du sérum antituberculeux.

Considérons, aujourd'hui, quel climat serait plus salubre

à la santé de notre malade et quelles sont les indications et les contre-indications d'une cure d'altitude.

La pression barométrique d'une localité ou d'une région varie en raison directe de l'altitude. Ainsi, au niveau de la mer la pression atmosphérique est de 76 centimètres de mercure et elle baisse de un centimètre par 100 mètres (300 pieds). A une hauteur de 200 mètres (600 pieds) le baromètre indiquera une pression de 74 centimètres. Au-dessus de 600 pieds, les variations de pression sont moindres qu'un centimètre par 300 pieds. Au mont Columbia, (Alberta), situé à 14,000 pieds d'élévation, la pression est de 38 centimètres de mercure, soit la moitié de ce qu'elle est au niveau de la mer. A Québec, au niveau de la mer, un litre d'air pèse $2\frac{1}{4}$ livres (1 kilogramme et 293) et au sommet du mont Columbia, aussi haut que le mont Blanc, il ne pèse qu'une livre et deux onces. Il est nécessaire de connaître ces faits afin de bien s'entendre sur les régions que l'on doit considérer comme altitude. Quelques auteurs n'admettent pas qu'on appelle altitude un endroit qui a moins de 5,000 pieds de hauteur. Les expériences de l'illustre Pasteur, faites en 1892, ont fait justice de ces exagérations et ont démontré que l'air puisé sur les sommets de 3,000 pieds laissait stériles les bouillons de culture ensemencés; l'air du sommet du Jura (2,500 pieds) laissait indemnes les $\frac{3}{4}$ des cultures.

Ce qu'il importe de trouver dans la cure d'altitude, c'est un air dépourvu de micro-organismes. Or, à 3,000 pieds, les poussières et les nuages de germes ou de particules flottantes ne peuvent trouver un point d'appui pour se maintenir en suspension; cette altitude doit donc être considérée comme la plus favorable à la guérison des affections pulmonaires. Nous avons, dans la province de Québec, huit régions ayant plus de 3,000 pieds de hauteur. La province d'Ontario ne possède aucune altitude de 3,000 pieds, pas même de 2,000 pieds. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Ecosse, le Manitoba n'ont aucun site de 3,000 pieds de hauteur; par contre, toute la Colombie Anglaise, l'Assiniboine et l'Alberta sont placées sur un immense plateau de 3,000 à 14,000 pieds au-dessus du niveau de la mer.

Voici les principales altitudes de la province de Québec:

LOCALITÉ	ALTITUDE	COMTÉ
Logan.....	3,708 pieds	Matane.
Richardson.....	3,700 "	Gaspé.
Albert.....	3,500 "	Gaspé.
Gosford.....	3,058 "	Beauce.
Bayfield.....	3,471 "	Matane.
Barn.....	3,400 "	Gaspé.
Matawee.....	3,305 "	Matane.
Saddlefick.....	3,103 "	Compton.
Oxford.....	2,800 "	Sherbrooke.
Château Richer M.....	2,305 "	Montmorency.
Grand Point.....	2,050 "	Charlevoix.
Les-Eboulements M.....	2,551 "	"
Murray M.....	2,300 "	"
Trois Saumons.....	2,090 "	L'Islet.
St-Faustin.....	1,403 "	Terrebonne.
Ste-Agathe.....	1,250 "	"
Laberge Mill.....	1,345 "	"
Bélisle Mill.....	1,050 "	"
Labelle.....	740 "	"

(à suivre.)

LE NOMBRE D'ALIENES ETRANGERS EN CANADA

Le nombre d'aliénés étrangers augmente d'une manière *insensée* en notre pays.

En 1891, nous comptons au Canada 13,342 aliénés et notre population était de 4,719,891.

Aujourd'hui, nos asiles sont peuplés de plus de 16,662 malades, et notre population n'est que de 5,318,606.

Nous avons donc une augmentation d'aliénés de plus de 25%.
La race canadienne produit-elle autant de dégénérés?

Nous pouvons répondre avec confiance que la mère canadienne ne donne pas naissance à autant de déséquilibrés. Si l'on fait l'histoire de ces 16,662 aliénés, l'on trouvera que près de 3,000 patients sont nés à l'étranger; arrivés ici, malades,

sans ressources, sans instruction et sans parents, le moindre choc les épuise et leur fait perdre la boussole de la raison.

Nous recevons en Canada trop d'émigrants qui, à leur arrivée, ne sont soumis à aucun examen médical et qui, au lieu d'être un capital nouveau pour notre pays, ne sont que des pensionnaires à charge à l'État. Afin de ne pas être obligés de payer pour recevoir et nourrir des frelons, sur nos frontières et dans nos grands ports, tous les émigrés devraient subir une inspection médicale régulière et complète. Les hommes incomplets et ceux affectés de maladies chroniques devraient être retournés dans leur patrie le plus tôt possible.

Nous trouverons alors moins d'aliénés dans nos asiles, moins d'incurables et moins de malades dans nos hôpitaux. Les tuberculeux, les syphilitiques, les trachomateux, les affections contagieuses et même les lépreux sont reçus trop librement en notre pays.

En 10 ans nous avons reçu 699,500 étrangers; parmi eux se trouvaient 3,000 aliénés, et combien d'autres souffraient de maladies contagieuses?

En 1903, nos asiles recevaient 2,213 aliénés; sur ce nombre on comptait 489 étrangers.

Les émigrés avariés nous arrivent ici sans crainte; les agents d'émigration savent bien que notre inspection médicale n'est qu'une formalité banale.

En 24 heures, durant la première semaine de juin, 3,977 émigrés sont arrivés à Québec; parmi eux il y avait près de 400 malades.

L'examen médical complet et sérieux de tous les émigrés s'impose et le renvoi de tous les incurables est une nécessité d'économie politique que le gouvernement doit mettre en pratique.

Les médecins doivent se dévouer aux intérêts de l'éducation populaire et à la gestion des œuvres sociales.

Pour retrouver et cultiver les libres aspirations de notre génie national, nous devons étudier les institutions du passé et bien connaître toutes les pages de notre histoire.

L'AGENT PATHOGENE DE LA SYPHILIS: SPIROCHAETE PALLIDA

PAR MM. METCHNIKOFF ET ROUX.

A l'occasion d'un récent travail de MM. Schaudinn et Hoffmann sur la découverte de l'agent pathogène de la syphilis, M. Metchnikoff a fait devant l'Académie de médecine un exposé complet de la question.

Les recherches de Schaudinn ont eu pour point de départ les travaux de contrôle entrepris pour vérifier l'existence d'un protozoaire minuscule découvert au début de cette année par Siegel et auquel il attribuait la production de la syphilis.

Schaudinn ne retrouva pas le protozoaire en question, mais son attention fut attirée par des spirilles qu'il se mit à étudier méthodiquement après s'être assuré de la collaboration de Hoffmann pour tout ce qui touche au côté médical de la question.

Depuis longtemps des spirilles ont été constatés dans les lésions des organes génitaux et même sur les muqueuses normales de ces organes.

En 1837, Donné leur attribuait le rôle d'agents pathogènes de la syphilis. Ces spirilles, reconnus depuis pour indifférents, n'avaient rien de commun avec ceux décrits par Schaudinn.

On peut encore citer dans ce sens les travaux d'Alvarez et Tavel, de Berdal et Bataille, de Rona, etc., sur les spirilles du smegma, et sur les sécrétions de la balano-posthite.

Schaudinn a découvert deux sortes de spirochaètes: le *Sp. refringens*, espèce banale; l'autre le *Sp. pallida* qui se caractérise par sa petitesse, par la forme en tire-bouchon, et par la difficulté de se colorer, qui exige l'emploi de matières colorantes spéciales, telles que la solution de bleu d'azur et d'éosine de Giemsa.

Peut-être quelques observateurs, parmi ceux cités, ont-ils vu cette seconde espèce spirillienne; dans tous les cas, ils n'ont pas reconnu sa spécificité, et leurs descriptions ne laissent aucun doute qu'ils aient eu affaire surtout au *Sp. refringens*.

M. Metchnikoff ne connaît qu'un seul cas où l'on ait vu le *Sp. pallida* avant Schaudinn, seulement il s'agit d'une observation inédite de MM. Bordet et Gengou, de Bruxelles, qui,

n'ayant pas réussi à le retrouver dans tous les cas, ne publièrent pas leurs recherches.

Ces auteurs coloraient les produits syphilitiques avec du bleu de méthylène phéniqué de Kühne et les traitaient ensuite avec le violet de gentiane phéniqué de Nicolle.

Grâce à l'emploi de ce procédé, dans un chancre ils avaient trouvé un grand nombre de spirilles très minces, tournés en tire-bouchons et à peine colorés. De plus, les spirilles se trouvaient à l'état de pureté, sans mélange d'aucun autre microbe.

Dans 26 cas d'accidents cutanés étudiés par Schaudinn et Hoffmann, le *Sp. pallida* a toujours été retrouvé, quelquefois avec beaucoup de peine.

Dans différents examens de suc ganglionnaire extrait par ponction, le résultat a toujours été positif.

Ces auteurs ont envoyé des préparations à M. Metchnikoff et l'ont prié de faire des recherches de contrôle chez le singe.

" Sur 6 singes syphilitiques que nous avons étudiés, dit M. Metchnikoff, nous avons constaté la présence des spirilles dans 4 cas; sur un chimpanzé, un papion et deux macaques. L'absence de ces microbes chez un autre chimpanzé n'a rien d'étonnant, vu que la lésion était en voie de pleine guérison. Il ne reste donc qu'un macaque qui nous ait donné un résultat négatif. Mais, précisément, en présence de cette répartition si inégale et si capricieuse des spirilles, ce fait peut s'expliquer par le nombre insuffisant d'examens que nous avons pu faire.

Nos quatre examens positifs portent sur un chancre de la verge d'un chimpanzé et sur trois accidents primaires développés sur la peau des arcades sourcilières (c'est-à-dire en dehors des muqueuses) d'un papion et de macaques. La présence des spirilles pâles est très caractéristique dans ces conditions; il ne saurait être question des spirilles des muqueuses.

... Si, d'un côté, la grande ressemblance des lésions expérimentales des singes avec celles de la syphilis humaine ne peut plus être mise en doute, de l'autre côté, l'identité des spirochaètes, retrouvés dans les deux cas, est tout aussi certaine.

M. Schaudinn, à qui nous avons envoyé une de nos préparations contenant des spirochaètes d'un macaque, a reconnu aussi cette identité.

Les lésions de syphilis expérimentale obtenues sur les singes en d'autres endroits que la muqueuse des organes génitaux,

fournissent donc un argument très précieux en faveur du rôle étiologique des spirochaètes dans cette maladie.

Après avoir fait ces constatations, nous nous sommes mis à chercher les spirochaètes pâles dans le raclage des papules secondaires de l'homme, développées sur la peau et loin de l'accident primaire des organes génitaux. Dans 4 cas sur 6 examinés jusqu'à présent, nous avons obtenu un résultat positif. Quelquefois les spirochaètes étaient fréquents et se trouvaient seuls, sans aucun autre microbe.

Le fait que les spirochaètes ont été retrouvés par nous surtout dans les papules les plus jeunes, non recouvertes de croûtes et ne présentant pas de collerette, même à la loupe, indique bien que ces microbes ne peuvent être considérés comme des souillures venant du dehors et qu'ils sont apportés par le courant sanguin ou le courant lymphatique.

Malgré que nous ayons pu démontrer les spirilles pâles dans 8 cas de syphilis (4 singes et 4 hommes), sans compter quelques exemples de ces microbes dans les chancres de la verge, nous ne les avons pas encore retrouvés à l'état vivant, ce qui prouve que dans tous nos cas le nombre des spirochaètes était encore très faible.

Quant à la méthode de coloration, nous nous sommes servi de celle de Giemsa, prolongée pendant seize à vingt heures. Pour obtenir ce résultat à plus bref délai, nous avons employé la méthode de Marino, qui consiste dans le mélange de bleu d'azur en solution dans l'alcool méthylique, avec une solution aqueuse faible d'éosine.

Ce procédé colore les spirochaètes pâles moins bien que celui de Giemsa, mais il a l'avantage d'être moins long. Quelquefois nous avons pu faire le diagnostic positif dans l'espace d'un quart d'heure.

Malgré la grande rareté des spirochaètes pâles dans beaucoup de cas de syphilis, nous pensons que la recherche de ces microbes pourrait être utilisée pour le diagnostic. Aussi nous comptons sur cette méthode pour différencier les accidents syphilitiques secondaires chez des chimpanzés qui sont sujets à des affections cutanées diverses, simulant parfois celles dues à la syphilis.

Dans cette supposition, nous sommes soutenus par le fait qu'il ne nous a pas été possible de découvrir ces spirochaètes

dans aucun cas de maladies cutanées de l'homme non syphilitiques, telles que le psoriasis, la gale et l'acné.

Il serait très important d'obtenir des cultures du spirochaète pâle, mais l'impossibilité où l'on est jusqu'ici de cultiver des spirochaètes très semblables à celui de la syphilis et que l'on trouve en abondance soit dans la fièvre récurrente, soit dans la spirillose des oiseaux, fait craindre que le problème ne soit pas résolu de longtemps.

En attendant d'avoir des cultures, nous continuerons à employer, pour préparer un sérum antisiphilitique, des produits virulents tels que les ganglions lymphatiques et les liquides des accidents primaires et secondaires.

En l'absence de cultures pures, il faudra réunir un grand nombre de faits, avant de conclure d'une façon définitive sur le rôle étiologique du spirochaète pallida. Mais tout l'ensemble des données que nous venons de résumer plaide sérieusement en faveur de la thèse que la *syphilis est une spirillose chronique, produite par le spirochaète pallida de Schaudinn.*"

LE TRAITEMENT DE L'ACNE JUVENILE

PAR L. BROCC,

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

1° S'abstenir totalement de café, café au lait, thé, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles de mer, crustacés, gibier, truffes, pâtés, fromages, aliments épicés, oseille, tomates, crudités. Ne pas trop manger de beurre et de graisse.

2° Prendre au commencement de chaque repas, un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude.	30 centigr.
Magnésie calcinée.	20 —
Poudre de cascara sagrada.	15 —
Benzonaphтол.	15 —

Pour un cachet f. s. a. 20 cachets semblables.

3° Nettoyer la figure avec des tampons d'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli avec 10

gr. de son et une cuillerée à soupe de bichromate de soude par litre.

4° Le soir faire un savonnage des points malades avec du savon au naphthol; y passer ensuite de l'eau de vie camphrée.

5° Puis mettre sur les boutons pour la nuit un peu de la pommade suivante dans laquelle on augmentera ou diminuera la dose de vaseline suivant l'effet produit:

Naphthol B camphré.	30 centigr.
Résorcine.	20 —
Savon noir.	20 —
Craie préparée.	50 —
Soufre précipité.	1 gr. 50
Vaseline pure.	20 gr.

6° Le matin après la toilette passer sur la figure du mélange suivant:

Borate de soude.	10 gr.
Ether sulfurique camphré.	40 —
Eau distillée de rose.	100 —
Eau distillée.	150 —

TRAITEMENT DES VERS INTESTINAUX

Voici le traitement préconisé par Metchnikoff dans le cas d'ascaris ou de trichocéphale, qu'il considère, ainsi qu'on se le rappelle, comme étant une cause plus fréquente qu'on ne le croit d'appendicite.

Pour les ascaris, M. Metchnikoff recommande la santonine. On sait que la dose est, pour les enfants, de 2 à 5 centigrammes et, pour les adultes, de 10 à 15 centigrammes, soit en dragées ou tablettes ou, mieux, mélangées à de l'huile d'olive. Quelques heures après, il est utile de prendre un purgatif.

Pour le trichocéphale le traitement n'est plus le même, M. Metchnikoff préconise alors le thymol sous la forme suivante:

Pour l'adulte:

Thymol 3 à 4 grammes, à prendre dans la matinée.

Le thymol doit pouvoir se mélanger à une poudre inerte quelconque permettant de l'envelopper dans un cachet.

Le soir une purgation: ou bien calomel 0,20 à 0,30 centigr. qui suffisent, ou 30 gr. d'huile de ricin.

Pour l'enfant:

Thymol.	1	gramme.
Huile d'olive.	4	grammes.
Gomme arabique.	2	—
Sirop d'écorces d'oranges.	20	—
Eau distillée.	40	—

A prendre par cuillerées à bouche dans la matinée.

Le soir, même purgation que pour l'adulte: 10 à 15 centigr. de calomel ou 15 à 20 gr. d'huile de ricin.

Le même traitement doit être fait pendant 3 jours de suite.

L'alimentation durant ce temps doit être légère. Il faut s'abstenir absolument de légumes verts crus, de salades, radis, etc., ainsi que de farineux ou de féculents.

SUR LA DIGESTIBILITE COMPARATIVE DU LAIT ENTIER ET DU LAIT ECREME

PAR MM. GILBERT ET CHASSEVANT.

Nous avons étudié expérimentalement la durée de la digestion stomacale du lait pur et écrémé. Nous avons constaté que:

1° Le lait écrémé bouilli séjourne dans l'estomac moins longtemps que le lait pur bouilli, contrairement à l'hypothèse de Marekvald et conformément aux observations de la clinique;

2° Il faut plus de quatre heures et demie et moins de cinq heures pour que le *lait écrémé bouilli* soit expulsé de l'estomac, plus de six heures et demie et moins de sept heures pour le *lait pur bouilli*;

3° Ce sont les matières grasses qui séjournent le plus longtemps dans l'estomac; il en reste encore 4 pour 100 au bout de six heures et demie, alors qu'il n'en reste presque tout l'azote (99 pour 100) a disparu.

La graisse retarde la digestion de l'azote d'environ dix heures. Le lait cru séjourne plus longtemps dans l'estomac que le lait bouilli; le képhir, et surtout le képhir maigre, se digèrent plus rapidement.

LE PHARYNX COMME PORTE D'ENTREE DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE EPIDEMIQUE

La méningite cérébro-spinale continue à s'étendre en Allemagne. Des recherches faites sur place, en Silésie, nous fixent mieux sur les caractères de cette épidémie.

De ces travaux, un des plus intéressants est celui de M. Westerhœffer. Disons tout de suite que si les faits qu'il a relevés dans une trentaine d'autopsies de méningitiques, venaient à être confirmés, ils seraient de nature à modifier notablement nos notions sur la pathogénie et les voies d'infections de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Dans ces autopsies, où le naso-pharynx a toujours été abordé par la voie postérieure à travers le sphénoïde et la partie bacillaire de l'occipital, M. Westerhœffer a constamment trouvé l'arrière-cavité des fosses nasales et le naso-pharynx remplis, presque distendus par des mucosités filantes, vitreuses, renfermant quelques flocons purulents. Ces mucosités cachaient complètement la paroi postérieure du naso-pharynx, et ce n'est qu'après les avoir enlevées qu'on pouvait apercevoir l'anneau lymphatique qui constitue l'amygdale pharyngée.

Celle-ci était, dans tous les cas, congestionnée, oedématiée, rouge foncé, manifestement enflammée. De là, la rougeur et l'oedème inflammatoire, s'étendaient presque toujours aux bourrelets qui entourent les orifices des trompes d'Eustache. Chez les enfants, les fosses nasales étaient généralement intactes ou bien le siège de lésions secondaires. Mais, chez l'adulte, on trouvait régulièrement la partie postérieure des fosses nasales, c'est-à-dire la partie postérieure des choanes et des cornets, tuméfiée et oedématiée exactement comme l'amygdale pharyngée. Quant aux amygdales proprement dites, elles étaient normales ou bien rouges et tuméfiées, mais à un degré moindre que l'amygdale pharyngée.

Cette localisation constante de l'inflammation au niveau de l'amygdale pharyngée, cette intégrité des fosses nasales chez l'enfant et la congestion de la partie postérieure des choanes et des cornets chez l'adulte ont fait penser à M. Westerhœffer que c'était l'anneau lymphatique du pharynx, *l'amygdale pharyngée*, qui servait de porte d'entrée à l'infection. Nous verrons plus loin les faits et les arguments qu'il invoque en faveur de cette

conception. Mais disons tout de suite que, d'après M. Wagener, qui a vu à Beuthen, en Silésie, des centaines de méningitiques, un des premiers symptômes de la méningite cérébro-spinale serait une tuméfaction considérable de la paroi postérieure du pharynx dont la cavité semble noyée dans une masse de mucosités qu'on voit descendre derrière la luette.

Un autre fait qui viendrait à l'appui de la conception qui fait du naso-pharynx la porte d'entrée de l'infection, c'est la façon dont les cavités de la face participent au processus. Ainsi, *l'invasion des cellules ethmoïdales n'a été constatée qu'une fois*, et encore s'agissait-il d'un cas où, exceptionnellement, tout le nez était en voie de suppuration. En revanche, la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse, avec ou sans suppuration, existait dans 65,5 pour 100 de cas dans la caisse du tympan, dans 34,4 pour 100 de cas dans les sinus sphénoïdaux et dans 27,6 pour 100 de cas dans les sinus maxillaires.

Ce qui viendrait encore à l'appui de l'hypothèse qui fait du pharynx la porte d'entrée de l'infection, ce serait la façon dont les agents pathogènes passent du naso-pharynx dans la cavité crânienne.

Jamais, dit M. Westerhoeffler, il n'a été possible de trouver une gouttelette de pus dans les os du crâne, même dans les cas où les os ont été examinés tranche par tranche, où la moindre cellule osseuse, la moindre fente avaient été étudiées avec le plus grand soin. En revanche, dans tous les cas de mort foudroyante, les lésions constatées à l'autopsie et qui, par conséquent, marquaient le début de la méningite, *siégeaient constamment au niveau de l'hypophyse, derrière le chiasma optique, au-dessus de la selle turcique*. Dans un cas, un flocon purulent collé contre l'hypophyse et la gaine du moteur oculaire gauche, était la seule lésion trouvée à l'autopsie. Au reste, les médecins aux prises avec l'épidémie en Silésie sont unanimes pour déclarer qu'avec la céphalalgie et les vomissements, le *strabisme* constitue un symptôme précoce et presque constant de la méningite cérébro-spinale.

Il s'ensuit donc que *l'invasion des méninges se fait par l'intermédiaire du corps du sphénoïde*. Quant à la voie utilisée par les agents infectieux, elle serait double, d'après M. Westerhoeffler. Tout d'abord, du fond de la selle turcique part de la dure-mère un vaisseau nourricier qui traverse le corps du sphé-

noïde. L'infection de la pie-mère peut donc se faire par l'intermédiaire de ce vaisseau ou par les cavités sphénoïdes. Elle peut encore se faire par l'intermédiaire des canalicules carotico-tympaniques. M. Westerhoeffler a en effet constaté que, dans un grand nombre de cas, le tissu qui entoure la carotide paraît comme imbibé de sérosité, et qu'à la hauteur de la caisse du tympan il y a souvent une véritable collection liquide. Or, c'est justement à ce niveau que les canaux carotico-tympaniques sont particulièrement nombreux.

En tout cas, ce qui est très particulier, c'est ceci :

Les cellules ethmoïdales qui se trouvent en rapport avec la région antérieure des fosses nasales ne sont prises, comme nous l'avons vu, que tout à fait exceptionnellement. Par contre, *les cavités qui se trouvent en relation avec le naso-pharynx et la partie postérieure des fosses nasales, c'est-à-dire la caisse du tympan, les sinus sphénoïdaux, les sinus maxillaires, la selle turcique qui est une cavité incomplète, participent presque régulièrement au processus.* Ceci viendrait donc à l'appui du rôle que le naso-pharynx jouerait comme porte d'entrée de la méningite cérébro-spinale.

On peut, par conséquent, se présenter les étapes de l'infection de la façon suivante :

Les agents de la méningite épidémique pénètrent par le nez, traversent les fosses nasales et s'établissent dans le naso-pharynx, avant tout dans l'amygdale pharyngée. Ils restent relativement anodins ou ne causent que des dégâts insignifiants tant qu'ils se cantonnent dans ces parties. Mais, s'ils envahissent les cavités accessoires de la face, leur virulence augmente en raison du séjour dans une *cavité close*, et ils ne tardent pas alors à envahir la cavité crânienne, où ils réalisent la méningite. Mais si le passage en cavité close ne se fait pas, la méningite n'éclate pas. Ainsi s'explique le cas de deux fillettes chez lesquelles on trouva des méningocoques virulents dans la gorge. Elles furent isolées et mises en observation et, au bout d'un mois, elles n'ont pas encore eu de méningite.

L'histoire de ces deux fillettes se rattache à une autre particularité de cette épidémie.

Étant donné les caractères contagieux et infectieux de cette méningite, on pourrait se demander pourquoi, sur huit ou dix enfants d'une famille, un seul, quelquefois deux seulement

étaient pris. M. Westerhœffer croit que la réponse à cette question est fournie par certaines particularités relevées aux autopsies.

Chez presque tous les enfants ayant succombé à la méningite, on trouvait notamment une hyperplasie générale des organes lymphatiques. Les ganglions cervicaux étaient considérablement hypertrophiés, de même encore les ganglions mésentériques et même les plaques de Peyer. Celles-ci, dans certains cas, étaient tellement tuméfiées qu'à première vue on pouvait croire à l'existence d'une fièvre typhoïde. Le thymus était gros, et cela non seulement chez les enfants, mais encore chez la plupart des adultes (4 fois sur 7). Bref, les individus frappés de méningite portaient manifestement la signature de la diathèse lymphatique, laquelle, d'après les recherches faites depuis quelques années, est essentiellement caractérisée par la résistance moindre des tissus. Ainsi s'expliquerait l'immunité des uns et la sensibilité des autres envers les agents de la méningite. J'ajoute que les deux fillettes qui, pendant un mois, ont gardé impunément des méningocoques virulents dans la gorge, ne présentaient justement pas les stigmates de la diathèse lymphatique.

Quant aux agents mêmes de la méningite, on a trouvé tantôt des méningocoques, tantôt des diplocoques à Gram positif, tantôt d'autres microcoques. M. Westerhœffer pense même qu'en face de ces résultats variables, deux hypothèses sont possibles: ou bien nous ne connaissons pas encore l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique, ou bien des microorganismes variables peuvent acquérir une virulence exagérée et agir à la façon d'un agent spécifique. Ce qui est certain, c'est qu'en Silésie les cas foudroyants où la durée de la maladie ne dépassait pas parfois quelques heures étaient très nombreux et rappelaient les scarlatines hypertoxiques. C'est dire que la virulence des germes était dans ces cas excessive.

Le Quino-Phosphate est de tous les vins le tonique par excellence, d'un goût agréable, d'un effet non stimulant mais reconstituant, employé avec succès dans les cas de: Débilité générale—Convalescences—Suites de fièvres—Faiblesse de l'Estomac; etc.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR LE PROCÉDE DE JANET MODIFIÉ

D'après M. le Dr P. I. Botchkovsky, (médecin militaire russe), il y aurait avantage à modifier la technique habituelle des grands lavages de l'urèthre au permanganate de potasse, en portant la température de la solution médicamenteuse non pas à 37° environ, comme on le fait d'ordinaire, mais à 50°, voire même à 55°.

Sur 24 malades chez lesquels l'auteur a eu l'occasion de pratiquer ces injections très chaudes de permanganate de potasse, en élevant progressivement le titre de la solution de 1/6000e à 1/2000e et parfois à 1/1000e, 23 ont été guéris après un nombre d'irrigations qui a varié de neuf à quarante-sept. On n'a enregistré qu'un seul insuccès, dans un cas de blennorrhée ancienne et absolument rebelle à tous les moyens de traitement. Les lavages en question ne donneraient lieu à aucun phénomène fâcheux, alors même qu'on les répéterait deux fois par jour.

Si l'on rapproche les observations de M. Botchkovsky des résultats que M. le Dr Woodruff a récemment obtenus dans le traitement de la chaudepisse aiguë par des irrigations d'eau salée *très chaude*, on peut supposer que la température du liquide à injecter dans l'urèthre constitue un des principaux facteurs de la cure de la blennorrhagie et que, en définitive, la chaleur joue à cet égard un rôle plus important que l'action bactéricide de la solution employée.

LA MALADIE DE BARLOW ET SON TRAITEMENT

(AUSSET).

Voici le tableau classique de cette affection:

On constate en divers points du corps des taches ecchymotiques, purpuriques; les gencives, autour des dents, sont gonflées, bourgeonnantes et saignent au moindre contact. Il y a de la diarrhée, souvent de l'hématurie. La faiblesse est extrême, la température peut s'élever jusqu'à 39°. Abandonnés à eux-mêmes, les accidents s'aggravent; l'évolution est généralement lente: mais elle mène toujours, dans ces conditions, l'enfant à une issue fatale, et il succombe soit à la cachexie, soit à une complication intercurrente. Si, au contraire, on intervient

rapidement, par un traitement approprié, la guérison est certaine, dans un laps de temps subordonné à l'intensité des lésions.

Quelle que soit la pathogénie exacte de cette affection, le traitement est le même, et c'est le point qui intéresse le praticien. Eclectique, le traitement s'adresse à la nature même de l'aliment, et aussi à l'hygiène générale de l'enfant. Appliqué à temps, on peut dire qu'il est toujours efficace, et que, grâce à lui, on peut faire de véritables résurrections.

Il consiste :

1° A établir une bonne et sévère réglementation de l'hygiène alimentaire, et à produire la désintoxication gastro-intestinale par une attentive antisepsie du tube digestif.

L'enfant sera conduit, si possible, au grand air. Il sera soumis à la propreté la plus minutieuse par des bains journaliers.

2° Les aliments de conserve (farines, lait) seront supprimés et remplacés par le lait de nourrice, ou, à son défaut, du lait de vache dont on connaîtra l'origine, et qui sera stérilisé au Soxhlet immédiatement après la traite. Il faudra éviter avec soin d'employer du lait issu de vaches nourries avec des betteraves ou des résidus de distillerie.

Enfin, le praticien pourra user utilement le traitement dit antiscorbutique : purée de pommes de terre, jus de viande, jus de citron, d'orange ou de raisin (3 à 4 cuillerées à café).

Si les hémorragies sont très intenses, on peut administrer le chlorure de calcium :

Chlorure de calcium.	1 gramme.
Sirop d'oranges.	30 grammes.
Eau distillée.	120 —

Par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

On touchera les fongosités gingivales avec des tampons imbibés de jus de citron ou d'eau oxygénée étendue.

Eau oxygénée à 12 volumes.	10 grammes.
Eau distillée.	20 —

En ce qui concerne les douleurs juxta-épiphysaires, l'enfant sera immobilisé jusqu'à consolidation des fractures.

L'amélioration est rapide en quelques jours et quelquefois surprenante.

SUR L'ABSORPTION ET L'ELIMINATION DES SELS DE QUININE

PAR M. FRANÇOIS ARNAUD.

L'importance thérapeutique de la quinine explique l'intérêt qui s'attache à connaître les conditions d'absorption, d'assimilation et d'élimination de ce médicament.

Cela conduit à l'administrer moins empiriquement, à la dose et aux moments les plus favorables et dans le temps strictement nécessaire pour obtenir le maximum d'effets avec le minimum de doses.

Pour atteindre ce but, deux méthodes se présentent :

1° La méthode clinique basée sur le moment d'apparition des effets physiologiques bien connus des sels de quinine, sur leur intensité et sur leur durée ;

2° La méthode chimique ou d'élimination, qui a pour objet de rechercher la quinine dans les sécrétions et principalement dans l'excrétion urinaire où passe la plus grande partie du médicament.

En procédant à ses recherches sur l'élimination urinaire de la quinine, l'auteur a signalé à la *Société de Biologie* deux faits importants au point de vue des conséquences thérapeutiques.

L'absorption de la quinine est plus lente chez le fébricitant que chez l'apyrétique; ce retard peut atteindre 2 à 3 heures et même plus.

Le taux maximum d'élimination se produit à la huitième ou neuvième heure au lieu de la sixième. La courbe d'effet thérapeutique est parallèle à celle d'élimination et les maxima correspondent. L'élimination est plus rapide et plus active lorsque les sujets en traitement, fébricitants ou apyrétiques, prennent de la quinine depuis plusieurs jours, par suite d'une rétention antérieure. Enfin, l'auteur a vérifié ce fait bien constaté déjà que la proportion de quinine éliminée croît avec la dose, et que, pour un gramme absorbé, une moitié est éliminée alors que, pour 0 gr. 30, il n'y en a qu'un tiers.

L'auteur conclut que le fractionnement des doses a pour résultat de faciliter l'assimilation de la quinine par les tissus, de ralentir l'élimination et de diminuer la proportion du médicament en libre circulation dans le sang, la seule qui paraisse vraiment active au point de vue fébrifuge.

LE TRAITEMENT ACTUEL DU CANCER INOPERABLE

Les divers modes de traitement du cancer semblent avoir à leur actif quelques rares guérisons ou améliorations; mais il ne faut pas oublier que les différentes formes de tumeur malignes ne sont pas comparables, et que quelques formes atrophiques de cancer du sein peuvent rétrograder et disparaître spontanément.

Les moyens de traitement du cancer inopérable peuvent être, d'après A. Cooper, groupés sous 10 titres: 1° inoculation avec le streptocoque de l'érysipèle; 2° injection sous-cutanée de liquide de Coley; 3° injection sous-cutanée de sérum anticancéreux de Wlaëff; 4° l'enlèvement des ovaires en ce qui concerne le cancer seul, l'ovophorectomie ne donnant aucun résultat lorsque le cancer siège ailleurs; 5° l'emploi du corps thyroïde; 6° l'emploi d'extrait de ganglion lymphatique; 7° le traitement par les rayons de Röntgen et les rayons de Pinsen; 8° les injections de substances irritantes, (acide acétique, alcool, violet de méthyle, venin du serpent à sonnettes), et les injections qui produisent une suppuration artificielle (essence de térébenthine, acide arsénieux, carbure de calcium); 9° l'électricité; 10° les médicaments, (la grande chélidoïne).

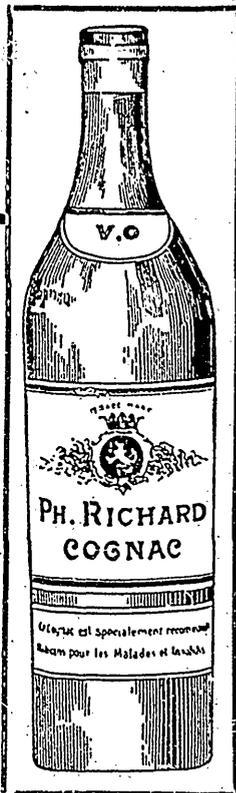
DES SELS DE RUBIDIUM

PAR M. LE PROFESSEUR BARTHOLOW

L'auteur étudie surtout les effets physiologiques et thérapeutiques de l'iodure de rubidium. Ce sel a été surtout employé dans la syphilis comme succédané de l'iodure de potassium quand ce dernier était mal toléré, et aussi dans les cardiopathies. Bartholow a utilisé les propriétés non irritantes de l'iodure de rubidium dans le traitement de l'atrophie optique chez les tabétiques. Il se sert d'une solution de 1% dont il instille 5 à 5 gouttes. Dans l'observation qu'il rapporte, une amélioration réelle se manifeste au bout de trois semaines. Les propriétés principales de la solution d'iodure de rubidium sont les suivantes: elle ne produit pas d'irritation, elle est très diffusible et elle altère très fortement les hématies dans le voisinage du point d'application.



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



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

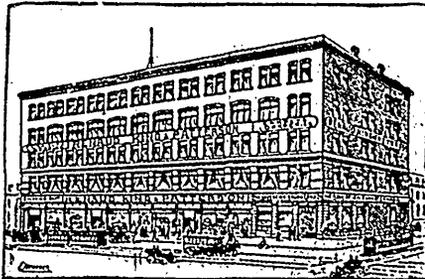
COGNAC

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

LAPORTE, MARTIN & C^{IE}. Montréal

DEPOSITAIRES

SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ
La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montréal.



Meuble, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques en sections, etc.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson

COIN STE CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infaillible contre l'impuissance et la stérilité.

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

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

à Messieurs les Médecins

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU N^o 2502 STE-CATHERINE

Tel. Up 971

N.B. — Vous y trouverez tous les appareils dont vous aurez besoin.

LA DIGESTIVE

A base de Coptis Trifolia Co., capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

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

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

“ Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Liberté ”

136 RUE SAINT-DENIS,

MONTREAL, Qué.

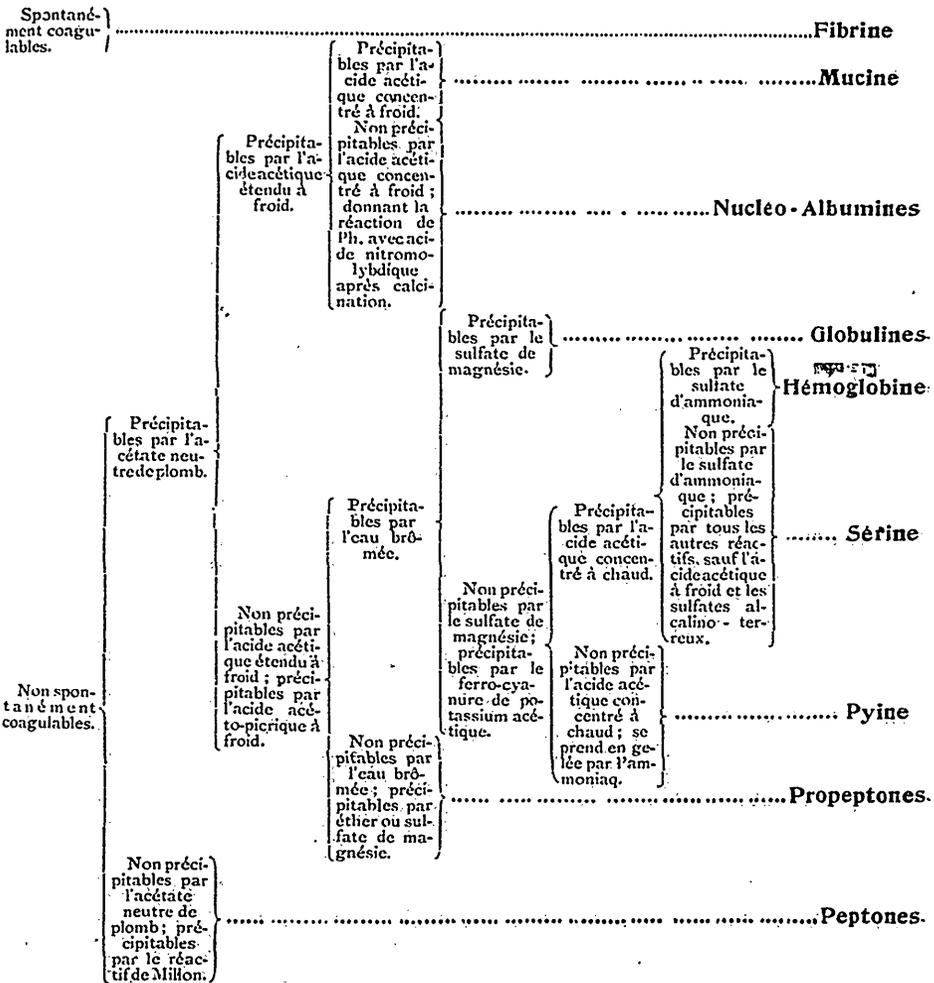
SI VOUS SEMEZ, VOUS RECOLTEREZ

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

RECHERCHE DIFFERENTIELLE ET METHODIQUE DES ALBUMINES ET ALBUMINOIDES URINAIRES

PAR M. LE DOCTEUR E. GAUTRELET.

PRINCIPES:



LE TRAITEMENT DES DARTRES DU VISAGE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES FEMMES

On désigne encore dans le public, sous le terme de *dartres furfuracées* ou de *dartres volantes*, du nom qui leur avait été donné par les anciens dermatologistes, les lésions occasionnées par une affection du tégument qui se rencontre avec la plus grande fréquence à la face, chez les enfants et chez les jeunes femmes.

CARACTÈRES CLINIQUES. — Elle est caractérisée par l'apparition, sur les joues, à la lèvre supérieure, et surtout près des commissures labiales, de plaques arrondies, mal délimitées, recouvertes d'un enduit squameux, blanchâtre, farineux. Tel est l'aspect d'ensemble de la lésion, qui est, on le voit, fort simple. Reprenons-en pourtant les différents caractères et précisons-les rapidement.

La dimension des plaques est éminemment variable: tantôt grosses comme un pois ou une lentille, elles peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de cinq francs, affectant une forme arrondie ou ovulaire. Elles sont mal délimitées et ne possèdent pas, la plupart du temps, de bords bien nets. Leur surface est recouverte de squames fines, écailleuses, qui se détachent par le raclage, laissant apparaître encore, en dessous d'elles, un état farineux de la peau qui ne peut être masqué que momentanément par l'application d'une graisse. Leur couleur est blanchâtre, grisâtre, parfois à peine rosée. Tout phénomène subjectif fait défaut au niveau de ces lésions, qui ne sont que très rarement, chez des sujets nerveux, le siège de quelques démangeaisons ou de quelques cuissons.

Nous avons déjà dit que cette affection atteint avec prédilection les enfants et les jeunes femmes; elle est chez eux particulièrement tenace, ayant une tendance à se reproduire, à se reformer incessamment. Il n'est pas rare cependant de constater des poussées plus fréquentes au printemps et à l'automne.

Ces lésions sont extrêmement répandues, et il n'est certes pas de praticien qui n'ait été maintes fois consulté à leur propos; les parents veulent débarrasser leurs enfants de ces bobos, qui donnent un air sale, mal lavé, à la figure; quant aux jeunes femmes, c'est pour elles, au point de vue cosmétique, une source d'ennuis constants. Nous avons dit que les graisses ne parviennent

que momentanément à masquer cet état farineux de la peau ; quant à la poudre de riz, elle ne fait que l'accentuer, le souligner, les squames poudrifierées devenant beaucoup plus apparentes.

Tout médecin sera donc bienvenu, qui saura débarrasser ses clientes de cette affection. A un autre point de vue, elle ne doit pas être négligée non plus ; nous voulons parler des cas, rares il est vrai, mais qui s'observent, dans lesquels ces dartres servent de point d'appel à une autre dermatose, par exemple à de l'eczéma vésiculeux vrai, qui se développera et évoluera ultérieurement pour son propre compte à ce niveau.

NATURE DE L'AFFECTION. — Avant d'aborder la question du traitement des "dartres furfuracées" du visage, nous voudrions dire quelques mots sur la place qu'elles occupent dans la classification dermatologique, c'est-à-dire sur la nature de cette affection : quelques considérations thérapeutiques peuvent en découler.

L'accord est loin d'être fait sur ce point, parmi les dermatologistes, et c'est à dessein que nous avons employé jusqu'ici la vieille dénomination de "dartres furfuracées", qui ne préjuge rien au point de vue pathogénique.

Pour la plupart des médecins, l'affection dont nous nous occupons est connue sous le nom de *pityriasis simplex* du visage. Mais ce terme de *pityriasis* a pris, dans ces derniers temps, à la suite de théories et de travaux récents, une signification nouvelle.

Unna avait classé le *pityriasis simplex* dans les formes superficielles de l'eczéma, il en avait fait le premier degré de son eczéma séborrhéique. Brocq l'a rangé parmi ses *séborrhéides*, groupe d'attente, réunissant un certain nombre de dermatoses étroitement apparentées, et dans lequel la clinique permet de définir un certain nombre de types distincts.

Le *pityriasis simplex*, qu'on a pu dès lors appeler également la *séborrhéide pityriasis* de Brocq, avec sa rougeur rosée très faible, la plupart du temps absente, et son état squameux, constitue la forme la plus simple des *séborrhéides*, leur forme la plus grave étant représentée par les *séborrhéides psoriasiformes* et toute une série de faits de passage conduisant insensiblement de l'un à l'autre de ces types.

Jusqu'ici, ces plaques desquamantes du visage sont considérées comme une simple variété régionale du pityriasis simplex ou séborrhéide pityriasique, qui peut également, et peut-être plus fréquemment encore, affecter le cuir chevelu et s'y traduire par un état pelliculaire marqué. Sabouraud, qui vient de tenter de reconstituer la théorie du pityriasis sur des bases nouvelles, a formulé, à ce propos, une conception différente de l'affection qui nous occupe. Le pityriasis vrai, le pityriasis simplex des régions velues est défini, bactériologiquement, pour lui, par la présence d'un parasite spécial : la spore de Malassez; or, dans le pityriasis du visage, ce microorganisme fait complètement défaut.

L'affection serait, au contraire, due au streptocoque; il s'agirait, en réalité, d'un impétigo sec, non suintant, non croûteux. Pour Sabouraud, cette affection est donc contagieuse, et il en a observé de véritables épidémies dans les milieux scolaires. Le point de départ de la dermatose serait, soit de l'impétigo vrai du cuir chevelu, soit une infection des muqueuses, en particulier de la rhinite streptococcique, fréquente chez les enfants. Par contre, les lésions furfureuses du visage de l'adulte seraient plutôt pityriasiques vraies.

TRAITEMENT. — Il s'agit, nous l'avons dit, d'une affection qui, tout en n'offrant aucun caractère de gravité, est tenace, rebelle, récidivante. Le traitement devra donc être prolongé assez longtemps, et il devra être complété par des soins d'hygiène, qui sont très importants.

C'est ainsi qu'il sera bon de préserver le visage contre l'action du vent, du soleil ou du froid trop vifs; chez les femmes, les frottements des fourrures autour du cou et sur le menton, de la voilette sur le menton, le nez ou les joues, exercent une action irritante qui doit être évitée.

L'eau de Paris, très riche en calcaire, ne devra jamais être employée crue pour la toilette du visage; on doit se servir toujours d'eau ayant longuement bouilli; cette eau peut être additionnée d'une cuillerée à entremets de borate, de bicarbonate ou de boroborate de soude. D'après M. Brocq, il suffit souvent, chez les enfants, de faire laver le visage avec de l'eau salée pour voir disparaître l'affection. On peut également faire ajouter, à l'eau de toilette, quelques gouttes de coaltar sarrininé ou de benjoin.

Dans la plupart des cas, ces soins hygiéniques seront insuffisants et devront être complétés par un traitement médicamenteux. On fera, par exemple, appliquer une pommade, le soir avant de se coucher. On commencera par une pommade simple, du type de la suivante, dont nous empruntons la formule à M Brocq:

Borate de soude.	50 centigr.
Teinture de benjoin.	XV gouttes.
Oxyde de zinc.	2 grammes.
Cérat sans eau ou vaseline pure Cheese- brough.	18 —

Si elle est insuffisante, on prescrira une pommade à l'acide salicylique à 1 pour 100, à la résorcine, au calomel en variant de 1 pour 100 à 1 pour 20, suivant la sensibilité du sujet. M. Brocq recommande également une vieille préparation de Vidal, qui donne d'heureux résultats; le glycérolé au tannin et au calomel, dont voici la formule.

Tannin.	2 grammes.
Calomel.	1 —
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre de Price.	30 —

(Cette préparation est instable et doit être renouvelée tous les huit jours).

Le matin, ces pommades seront nettoyées avec des boulettes de ouate; la toilette du visage sera faite comme nous l'avons indiqué et, dans la journée on lotionnera à deux ou trois reprises la figure avec un mélange tel que le suivant:

Borate de soude.	5 à 10 grammes.
Glycérine neutre de Price.	50 —
Eau de roses.	500 —

Enfin, chez les enfants, conformément à la théorie streptococcique, on devra poursuivre la désinfection des muqueuses, en particulier de la muqueuse nasale, par des lavages quotidiens ou bi-quotidiens à l'eau salée; l'enfant doit, pendant cinq minutes, humer lentement de l'eau salée tiède dans un coquetier.

LES RAYONS BLEUS COMME ANESTHESIQUES DU CORPS HUMAIN

Les procédés usuels préconisés pour la production de l'anesthésie et de l'analgésie générales présentent de nombreux inconvénients, et compromettent souvent la vie même des malades. On sait, d'ailleurs, que l'état de santé de certains individus ne permet l'application d'aucun anesthésique général, à cause des effets désastreux que celui-ci pourrait exercer sur le cœur. Aussi l'on commence, depuis quelques années, à appliquer l'*anesthésie locale* dans tous les cas qui s'y prêtent et à limiter l'analgésie à la partie directement intéressée du corps. Les substances qu'on emploie à cet effet en injection sous-cutanée sont cependant, en général, loin d'être anodines et leur action est, en tout cas, sujette à des incertitudes.

Au Congrès annuel de la Société Odontologique Suisse, tenu l'année dernière à Lausanne, M. C. Redard, professeur à la Faculté de Médecine de Genève, a appelé l'attention sur un procédé tout nouveau qu'il vient d'imaginer pour la production de l'analgésie et de l'anesthésie générales, procédé basé sur l'*effet des rayons bleus*.

C'est un fait connu depuis longtemps que chacune des couleurs fondamentales exerce un effet psychique propre et caractéristique. Voici comment le médecin genevois, d'accord, du reste, avec de nombreux psychologues, énonce les résultats des recherches qu'il a faites à ce sujet: le rouge produit un état d'excitation et d'énergie désagréable, le jaune donne lieu à la mélancolie et à la tristesse, alors que le bleu est d'un effet nettement calmant et produit un sentiment de bien-être. Les couleurs complémentaires exercent des effets essentiellement identiques.

Or, en continuant ses investigations, M. Redard vient de découvrir que le bleu non seulement agit comme sédatif, mais exerce un effet analgésique très marqué, à tel point que des opérations chirurgicales de courte durée, telles que, par exemple, les opérations dentaires, peuvent parfaitement se faire dans le rayon d'action de ce nouvel anesthésique.

Pour employer le procédé, point n'est besoin d'un dispositif dispendieux; une lampe à incandescence électrique de 16 bou-

gies, un réflecteur nickelé et un voile bleu sont, en effet, tout ce qui est nécessaire. La lampe, munie d'une ampoule en verre bleu, est disposée à une distance d'environ 15 centimètres des yeux (qui doivent se trouver au foyer des rayons), tandis que la tête du malade et la lampe elle-même sont recouvertes d'un voile en satinette bleue, écartant la lumière diffuse du jour.

Il importe surtout de rassurer le malade, de lui rappeler qu'il ne sentira aucune douleur, pourvu qu'il fixe les yeux sur la lumière bleue. Les rares succès rencontrés dans l'application de cette méthode semblent être dus au fait que les malades, au lieu de fixer l'ampoule avec les yeux grands ouverts, fermaient ces derniers. L'anesthésie s'établit au bout de deux à trois minutes, ce qu'on constate à une dilatation de la pupille; c'est alors qu'il convient de procéder à l'opération. Celle-ci étant terminée, le malade s'éveille aussitôt et déclare n'avoir rien senti.

Quant à savoir comment se produit ce remarquable phénomène, les hypothèses les plus variées se présentent à l'idée. On pourrait croire qu'il est dû à quelque effet hypnotique; mais, comme les rayons rouges et jaunes produisent des effets nettement négatifs, cette hypothèse ne paraît guère admissible. Ce qui est incontestable, et M. Redard vient de l'affirmer de nouveau dans une toute récente conférence devant l'Institut national genevois, c'est que le cerveau se trouve influencé par l'intermédiaire du nerf optique. Mais le mécanisme de cette influence est loin d'être éclairci.

Faisons remarquer que d'autres médecins ont expérimenté ce même procédé avec autant de succès.

Le bureau des renseignements de l'Université de Paris. — Par décision du vice-recteur de l'Académie de Paris, M. R. Blondel, licencié ès-sciences, remplit les fonctions de directeur du Bureau des renseignements de l'Université de Paris.

Rappelons, à ce propos, que par délibération récente du Conseil municipal de Paris, le crédit affecté à l'entretien dudit Bureau des renseignements est porté à la somme de 4,000 francs. Le personnel est composé du directeur, d'un secrétaire, d'un employé et de deux interprètes.

**SOLUBILITE DE LA CHOLESTERINE ANIMALE DANS
QUELQUES ELEMENTS DE LA BILE. CONTRIBUTION
A L'ETUDE DE LA FORMATION DES CALCULS
BILIAIRES**

PAR M. LE DOCTEUR ER. GÉRARD.

Nous savons que la cholestérine est maintenue en dissolution dans la bile, grâce surtout aux sels biliaires et aux rayons que ce liquide contient. De nombreux auteurs ont signalé cette solubilité, mais aucun d'eux n'a déterminé, d'une façon très précise, les quantités de cholestérine dissoutes par des solutions des divers éléments de la bile.

Dans ce travail, l'auteur a voulu montrer qu'une solution de sels biliaires, saturée de cholestérine, à une température donnée, etensemencée par le *Bacterium Coli*, laisse déposer une partie de ce principe par suite de la décomposition des sels biliaires.

Il a constaté qu'une solution composée de

Glycocholate de soude pur.	6 gr. 95.
Taurocholate de soude pur.	2 75.
Eau.	100 cent. cub.

dissolvait, à la température de 37 degrés, 0 gr. 185 de cholestérine anhydre. Cette même solution, additionnée de 0,25 de lécithine pure soluble dans les acides biliaires, dissout, à la même température, 0 gr. 190 de cholestérine anhydre.

Si on ajoute à la solution biliaire primitive du savon amygdalin, privé de la glycérine et de l'excès de soude qu'il peut renfermer, on trouve que la quantité de cholestérine dissoute est de 0 gr. 325.

En conséquence, l'addition de savon à la solution biliaire favorise nettement la solubilité de la cholestérine; la lécithine, au contraire, ne semble pas l'augmenter d'une façon appréciable.

Au cours de ces recherches il a observé que le *B. coli* est susceptible de modifier la composition de la solution des sels biliaires et, par suite, de provoquer le dépôt d'une certaine quantité de la cholestérine dissoute à la faveur de ces sels.

Ces résultats, dit l'auteur, ne pourraient-ils pas concilier les

deux théories émises relativement à la formation des calculs biliaires?

On sait que M. Bouchard considère, comme conditions pathogéniques de la lithiase, le défaut d'acides gras, d'acides biliaires, de bases alcalines, l'excès de cholestérine, alors que MM. A. Gilbert et L. Fournier estiment que la formation des calculs est le résultat d'une infection biliaire.

Or, ces expériences semblent bien montrer que l'apparition du coli-bacille dans la bile diminue la teneur de ce liquide en sels biliaires lesquels ne sont plus en quantité suffisante pour dissoudre la cholestérine qui se dépose et devient l'amorce d'un calcul.

LA CURE DE L'ECZEMA PAR LA RADIOTHERAPIE

PAR M. LEREDDE.

La radiothérapie permet de guérir des cas d'eczéma rebelles à tous les procédés classiques. Elle fait disparaître presque de suite les démangeaisons, puis l'œdème et le suintement. La guérison complète est de règle. Parfois il y a récédive, mais elle est tardive et reconnaît des causes internes.

L'auteur rapporte les observations de trois cas d'eczéma à poussées aiguës subintrantes. Dans un cas la face était atteinte depuis quinze mois; dans un autre, la maladie avait commencé, il y a maintenant près de deux ans, par les mains, puis s'était étendue à la face et aux cuisses. Dans ces deux cas, tout procédé de traitement avait échoué: le prurit et la tuméfaction avaient atteint un degré considérable. Quelques séances de radiothérapie amenèrent la guérison, qui se maintient maintenant depuis près de quatre mois. Dans un troisième cas, il n'y eut qu'une rémission passagère, mais la malade eut le tort de ne pas se soumettre de nouveau à la radiothérapie, qui peut amener à la longue un effet durable, quand elle ne le produit pas de suite.

La radiothérapie peut donc constituer pour les eczémateux une ressource précieuse dans les cas graves, dans ceux qui pour une raison ou pour une autre passent pour incurables.

LA RATION ALIMENTAIRE DU NOURRISSON DE UN A SEPT MOIS

Tout en admettant la supériorité absolue de l'allaitement maternel sur l'allaitement artificiel, il faut bien reconnaître que ce dernier est très souvent et trop souvent employé. Il y a donc un très grand intérêt à connaître exactement les conditions les plus favorables à son utilisation. M. le Dr Daussy vient de faire à ce sujet un travail intéressant, basé sur les faits cliniques et les documents qui ont servi à M. le Dr Barbier pour le rapport qu'il a fait sur cette question à la Société de thérapeutique.

Il résulte en somme de toutes les recherches actuelles que ce que l'on doit surtout craindre dans l'allaitement artificiel, c'est la suralimentation. Comme le fait remarquer avec grande raison M. Daussy, *un enfant qui augmente de poids n'est pas forcément soumis à la ration convenable*. Ce nourrisson peut recevoir une ration supérieure à celle qui lui est nécessaire, et cependant engraisser normalement, sans présenter d'accidents graves. Cela prouve simplement que ce nourrisson est très bien constitué, qu'il a un tube digestif résistant, et qu'il est capable de digérer une dose supérieure à sa ration. Mais cela ne prouve pas qu'avec une dose moindre, il n'aurait pas aussi bien engraisé, et qu'alors son tube digestif n'aurait pas été ainsi surmené, chose qui n'est jamais négligeable.

Car presque toujours, toujours même, ce nourrisson présentera à une époque plus ou moins proche des accidents tenant à cette suralimentation.

Arrivé à la période de l'adolescence, il sera sujet à des troubles dyspeptiques, et si son estomac est alors fragile, c'est que, pendant les premières années de la vie, il a été soumis à un travail digestif excessif. Parfois les accidents arrivent beaucoup plus tôt, et, vers la deuxième ou troisième année, des nouures apparaissent aux extrémités osseuses.

La suralimentation est, en effet, le principe facteur étiologique du rachitisme. Souvent en réalité les accidents d'intolérance digestive éclatent au bout de quelques semaines, de quelques mois. Le nourrisson suralimenté présente tout d'abord une très belle courbe d'accroissement, puis subitement une chute brusque de poids se produit, des troubles gastro-in-

testinaux se développent, et l'état général est rapidement touché. Tous les pédiatres ont noté de ces chutes brusques de poids, éclatant dans l'évolution d'une telle courbe et tenant à la suralimentation. Ainsi dans ces cas, l'examen de la courbe du poids ne peut faire pendant un certain temps qu'induire en erreur et conseiller au médecin la continuation d'un régime excellent en apparence, mauvais en réalité.

Il y aurait donc un très grand intérêt à fixer d'une façon à peu près certaine la ration alimentaire du nourrisson. D'après l'estimation de M. Barbier, qui est un peu inférieure à celle d'autres observateurs, le nourrisson de un à sept mois a besoin, comme ration d'entretien et comme ration d'accroissement, de 75 à 80 calories par kilo et par jour, et d'après ces règles, la ration alimentaire du nourrisson élevé artificiellement sera par kilo et par jour de :

55 grammes de lait de vache.

55 grammes d'eau lactosée au sixième.

Cette quantité théorique de 55 grammes pourra pratiquement être portée à 65 grammes pour tenir compte de pertes diverses tenant à l'alimentation artificielle. Cette ration est d'ailleurs établie sur le poids de l'enfant et non sur son âge. Enfin, il faut se rappeler qu'il y a un coefficient d'assimilation très variable suivant les nourrissons. De même que chez l'adulte on note des différences très sensibles entre la ration d'un Allemand ou d'un Anglais, avec celle d'un Oriental et d'un Abyssin, comme le montrent les tableaux de Lambling, de même il y a des nourrissons qui ont besoin d'une dose d'aliments supérieure à la normale.

RECHERCHE DE L'ARSENIC DANS LA BIÈRE

PAR M. C. ESTCOURT.

On appelle l'attention sur ce fait que la présence de bisulfites dans la bière empêche de reconnaître de faibles quantités d'arsenic par le procédé de Marsh ou par celui de Reinsch.

La présence de matière organique ne paraît pas avoir une influence si défavorable, puisqu'en mélangeant une bière reconnue complètement exempte d'arsenic avec une quantité déterminée d'acide arsénieux, on a vu que, pratiquement, on pouvait retrouver tout l'arsenic par le procédé Marsh.

En mélangeant une autre partie de la même bière avec une quantité d'arsenic suffisante pour produire un fort dépôt dans le tube chauffé, puis en ajoutant une petite quantité de bisulfite de calcium, et en traitant le produit obtenu par le procédé Marsh, il n'y avait aucun dépôt dans le tube chauffé, mais on pouvait le découvrir au moyen d'une soucoupe de porcelaine présentée à la flamme à l'extrémité du tube.

L'auteur dit que le procédé de Marsh donnera des résultats satisfaisants si l'on soumet la bière à un traitement préliminaire.

Dans ce but, une quantité minima de 100 centimètres cubes de l'échantillon devra être traitée par de l'acide, carbonisée à basse température, le résidu mélangé avec de l'eau filtrée et le filtrat évaporé.

L'évaporation du filtrat est importante pour chasser l'acide sulfureux qui a pu se former dans l'intervalle sous l'action de l'acide sulfurique sur de la matière charbonneuse.

L'ACIDE OSMIQUE COMME MOYEN DE PROVOQUER LA CONSOLIDATION DES FRACTURES

Dans deux cas où des fractures de membres (fémur, humérus) tardaient à se consolider, M. P. Zanardi, (*Policlinico*, 7 mai 1905), médecin de l'hôpital de Mirandola, obtint un cal solide après injection, au niveau de la ligne de fracture, de 5 cc. d'une solution d'acide osmique à 1%, procédé dû à M. Novaro, professeur de clinique chirurgicale à Gênes, mais que son auteur n'a pas encore fait connaître.

C'est en sa qualité d'irritant que l'acide osmique provoque la consolidation des fractures. Et de fait, l'action irritante de la solution osmiée, dans les observations de M. Zanardi, fut si violente que, pendant plusieurs jours, ces malades ont éprouvé des douleurs intenses, accompagnées d'une forte fièvre. C'est là un sérieux inconvénient que ne paraît pas présenter un autre moyen, préconisé récemment par le professeur Bier contre le retard de consolidation des fractures, qui consiste à injecter du sang à proximité des fragments osseux.

NOUVELLE PATHOGENIE DES VARICES

PAR M. LE DOCTEUR RÉNÉ DE GAULEJAC.

La cause principale généralement invoquée dans la production des varices est la station debout, surtout quand celle-ci s'accompagne d'immobilité.

Dans cette attitude, le cours du sang artériel se trouve favorisé par la direction même du courant circulatoire.

Au contraire, le sang veineux doit peinar pour regagner la cavité cardiaque. Il représente, en effet, des capillaires au cœur une colonne presque unique devant triompher, pour suivre son cours normal, de la pression atmosphérique et de celle que représente son propre poids. La réunion de ces deux pressions nécessite pour être vaincue un surcroît de travail des parois veineuses qui, au moment où leur force élastique se trouve dépassée, faiblissent, se dilatent et la varice se trouve constitué.

Mais si cette théorie trouve son application dans certains métiers, tels celui de sergent de ville, de garçon de café, d'ajusteur-mécanicien, il est des cas où elle paraît totalement s'opposer à la réalité des faits.

Le bicycliste de profession présente souvent des veines dilatées. Sa position n'est cependant pas verticale. L'exercice immodéré qu'il donne, agissant sur ses poumons et son cœur, trouble-t-il suffisamment l'appareil circulatoire tout entier pour donner lieu à des varices?

L'homme ayant une tendance héréditaire à la dilatation veineuse voit ses veines devenir variqueuses s'il s'adonne à l'équitation. La position du sujet et la compression des faces internes des membres inférieurs jointe au travail produit par ceux-ci expliquent-elles le développement d'une telle affection?

Chez le tourneur qui, assis, fait mouvoir alternativement de chacune de ses jambes un mobile, la varice s'explique-t-elle uniquement par la fatigue des membres inférieurs?

Les vieux cochers sont souvent atteints de cette affection, et cependant chez eux la position assise est de beaucoup la plus fréquente.

Ces quelques exemples mettent donc en défaut la théorie

généralement admise et nous font penser qu'un lien commun unit la pathogénie de tous ces cas.

Ce serait la similitude prolongée dans les mouvements ou dans la position qui créerait la varice.

Ce serait parce que le bicycliste met ses jambes inférieures toujours dans le même sens, que le tourneur fait opérer à sa jambe toujours le même circuit, que le cocher conserve une position longtemps identique, qu'il aurait des varices.

Cette similitude prolongée dans les mouvements ou dans l'attitude agirait mécaniquement à la fois sur la paroi veineuse et sur les valvules.

Sur la paroi veineuse, une compression limitée, une augmentation de tension en des points fixes amènent nécessairement une diminution de nutrition en même temps qu'un surcroît de travail en ces points et partant une faiblesse de la veine, se traduisant par sa dilatation et son inflammation.

D'autre part le sang dans les contractions musculaires qui existent même dans l'immobilité est mi-partie rejeté vers le cœur, mi-partie rejeté vers les capillaires.

Celui qui progresse ne nuit pas à la paroi veineuse. Il en est tout autrement de celui qui, rejeté vers les capillaires, est arrêté dans son recul par les valvules.

Dans des mouvements identiques, ce sont toujours les mêmes valvules qui ont à supporter les mêmes chocs, à retenir les mêmes masses sanguines. A la longue, semblables aux ressorts qui par l'usure manquent au rôle qui leur est dévolu, elles faiblissent, leur action disparaît, la pression intraveineuse croît de plus en plus et la paroi de la veine ayant sa limite d'élasticité dépassée aux points où s'exerce surtout cette augmentation de tension, traduit sa faiblesse par sa dilatation.

La lésion valvulaire vient donc hâter la formation de la varice.

La compression des parois veineuses en des points fixes amenant une diminution de nutrition en ces mêmes points, l'augmentation de tension limitée à certains fragments intraveineux, les troubles valvulaires relativement localisés suivant la similitude des mouvements ou l'attitude du sujet expliquent donc dans un certain nombre de cas le mécanisme de production des varices.

L'admission d'une telle théorie entraîne un certain nombre de déductions.

La première est la spécificité des varices suivant les métiers.

La seconde est une conclusion thérapeutique. Si la similitude prolongée des mouvements crée la dilatation veineuse, un exercice modéré, mais surtout varié de façon à répartir le travail des veines sur toute leur étendue, devra constituer un moyen susceptible d'améliorer certains types de varices.

Enfin, ne peut-on pas admettre pour les phlébites qui surviennent plus fréquemment chez la femme aisée qui se lève tard après l'accouchement que chez la femme pauvre qui se lève tôt après avoir mis au monde, qu'un exercice modéré et bien calculé serait un excellent moyen de diminuer la fréquence de cette affection dans le premier groupe de femmes.

TRAITEMENT DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE PAR L'IODATE DE SOUDE.

Depuis que M. le docteur J. Ruhemann (de Berlin) a pour la première fois préconisé l'emploi thérapeutique de l'acide iodique et de ses sels, ces médicaments ont trouvé de nombreuses indications cliniques, que nous avons signalées au fur et à mesure qu'elles se produisaient.

Récemment, l'auteur a eu l'occasion de constater que l'iodate de soude était également susceptible de rendre d'excellents services contre la méningite cérébro-spinale. Le cas qu'il a observé concerne un enfant de treize ans, que l'on considérait comme perdu en raison des symptômes graves (convulsions, cyanose, état typhoïde, hémiplegie) qu'il présentait.

M. Ruhemann eut alors l'idée d'administrer au petit malade une solution au soixantième d'iodate de soude dans l'eau, à raison de trois demi-cuillerées à soupe par jour. Dès la première prise, l'état général s'améliora, la défervescence s'ébaucha. Le lendemain, la température redevint normale, la céphalée cessa, et, dans l'espace de quelques jours, les contractures musculaires, notamment la rigidité de la nuque, disparurent entièrement. Quinze jours après le début du traitement par l'iodate de soude, la guérison était complète.

LA MÉDICATION RÉDUCTRICE EN DERMATOLOGIE

PAR M. LE PROFESSEUR J. DARIER.

On sait que la kératine de la couche cornée diffère du protoplasma sous-jacent par une quantité de soufre plus considérable et par une quantité moindre d'oxygène. Cette notion est fort utile au praticien. S'agit-il de refaire de la substance cornée? Il prescrira comme topiques ce qu'on appelle des médicaments réducteurs, c'est-à-dire des corps avides d'oxygène, puisque la substance cornée renferme moins d'oxygène que le derme. Elle contient par contre plus de soufre; c'est pourquoi les premiers des médicaments réducteurs seront les composés sulfureux. Ils absorberont l'oxygène et fourniront le soufre. Cette double action les rend kérato-plastiques au premier chef, c'est-à-dire susceptibles de faire de l'épiderme corné. Leur action ne s'arrête pas à ce rôle réducteur. Ils sont aussi antiparasitaires et antiseptiques; ils sont encore irritants et cette dernière propriété doit les faire manier avec prudence dans certaines circonstances.

Le praticien, dit M. Darier, pourra user du soufre précipité: en contact avec la peau, il se transforme en sulfure. Une pommade de 5 à 10 p. 100 de soufre, des lotions sulfureuses (de 1 à 2 p. 100) lui rendront service dans le traitement du pityriasis, de la gale, etc.

S'il est besoin de réducteurs plus actifs, l'acide pyrogallique sera indiqué (1 à 5 p. 100) en pommade, solution éthérée, colloidion. Comme il ne peut être employé sur de larges surfaces, crainte d'absorption et d'accidents de cyanose consécutifs à sa pénétration dans le sang, on pourra le remplacer par l'acide chrysophanique extrait de la poudre de Goa; c'est un remède moins dangereux que l'acide pyrogallique (doses de 3 à 6 p. 100 en pommade). En Allemagne on use encore de la chrysarobine, celle-ci est également tirée de la poudre de Goa et se transforme par oxydation en acide chrysophanique.

Rentrent dans la même classe de réducteurs les goudrons qui sont, outre leur rôle de réducteur, des kératoplastiques, des anticongestifs, des résolutifs, des antiprurigineux, des antiseptiques. Il existe deux sortes de goudrons: 1o le goudron de

bois qui est acide; il compte différents produits dont un des plus employés est d'huile de cade; 2o le goudron minéral qui est alcalin. Il peut être incorporé à des pâtes, pommades, glycérolés. Quand on use de cette préparation (glycérolé), le mélange se fait mal. Le praticien devra prescrire une émulsion avec 2 p. 100 de savon noir ou d'extrait de panama. M. Darier prescrit souvent une teinture de goudron ainsi composée:

Goudron de houille	10 grammes.
Benzol	20 —
Acétone	70 —

En badigeonnage sur le psoriasis. Une couche de pâte d'oxyde de zinc sera appliquée par dessus.

L'ichtyol est un sulfo-ichtyolate d'ammoniaque. M. Darier le considère comme le meilleur médicament de la dermatologie (10 p. 100 en pommade, poudre, ichtyol 1, poudre d'amidon 30). On peut s'en servir en badigeonnages et l'employer à l'état de pureté contre l'érysipèle.

La résorcine à dose faible est un réducteur léger (à 1 p. 100); en solution forte (à 10 p. 100), c'est un décaperant; elle pèle la peau. On peut l'utiliser pour décaper les séborrhées ou l'acné:

Résorcine	} à 10 grammes.
Soufre	
Teinture de savon noir à 1-5	30 —

Badigeonner le soir. Une douleur modérée, une certaine tension est ressentie à l'endroit du badigeonnage. Le lendemain la peau commence à se détacher.

Enfin parmi les agents réducteurs peuvent encore se ranger les mercuriaux, le calomel (pommade 10 p. 100), l'emplâtre de Vigo si utile contre le lichen et les eczemas lichénoïdes. Les mercuriaux sont surtout utilisés comme antiprurigineux et antiparasitaires. On peut grouper à côté d'eux et avec une action un peu moindre les naphthols (naphthol B à 10 p. 100 en pommade).

Il n'est point indispensable, du reste, qu'un médicament soit réducteur pour exercer une action kérato-plastique. Le camphre, l'alcool camphré ne sont pas réducteurs et favorisent la cicatrisation des plaies; de même l'acide picrique bien employé dans les brûlures aux doses de 1 p. 100, loin d'être un réducteur, est, au contraire, un oxydant énergique. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 13 sept. 1902).

INTERETS PROFESSIONELS

BUREAU CENTRAL D'EXAMINATEURS:

Assemblée des membres du Comité Exécutif du Collège des médecins et des représentants des Universités, tenue à Montréal, le 6 juin 1905.

Sont présents: MM. les docteurs Lachapelle, Brochu, McConnell, Jobin, Marsolais, MacDonald et Faucher, officiers du Collège; et MM. les docteurs Gardner, Lafleur, Cattellier, Ahern, Guerin et Mignault, représentants des Universités.

La question de l'opportunité de l'établissement d'un Bureau Central d'Examineurs, pour l'admission à l'exercice de la médecine dans la Province de Québec, est mise à l'étude. Le Président du Collège expose les principales raisons qui militent en faveur de l'établissement d'un tel Bureau Central et, après un exposé des vues des membres présents et délibération sur le tout, il est unanimement résolu, sur proposition de M. le Dr Brochu, appuyé par M. le Dr Faucher.

RESOLUTION

“ Que le projet de l'établissement d'un Bureau Central d'Examineurs, composé aux deux tiers de professeurs des universités et d'un tiers de médecins non professeurs, soit soumis aux universités, avec les raisons alléguées en faveur de ce projet, et que, si les universités sont favorables à l'étude d'un tel projet, le Président du Collège des Médecins soit autorisé à appeler une assemblée des représentants des universités et des membres du Comité Exécutif du Collège des Médecins, dans le but de préparer un projet d'amendement à la loi du Collège, devant réaliser l'établissement d'un tel Bureau Central, et que ce projet de loi soit soumis à l'approbation préalable des universités et du Collège des Médecins, avant d'être présenté à la Législature.”

RAISONS INVOQUÉES EN FAVEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN BUREAU CENTRAL D'EXAMINATEURS:

1° Faciliter l'établissement de la réciprocité interprovinciale, au sujet de la Licence pour l'exercice de la médecine, en réalisant les exigences de la loi d'Ontario, à ce sujet, (R. S. O. 1887,

c. 148, s. 26), et, en faisant cesser le privilège d'exception, dont jouissent les universités dans notre Province, de donner, pour la médecine, des diplômes *ad practicandum*, en vertu de l'article 3977 des Statuts Refondus. Ce privilège constitue une infériorité pour notre profession comparée à celle des autres provinces, dont le Bureau Médical contrôle seul les qualifications de ceux qui veulent être admis à exercer la médecine et à jouir des privilèges que confère la profession à ses membres.

Les autres provinces ont, à différentes reprises, manifesté leur bon vouloir en faveur de la réciprocité interprovinciale, aux mêmes conditions qu'Ontario.

2° Remédier à un état de choses que l'expérience a démontré être, pour les jeunes gens, un encouragement à étudier la médecine sans, au préalable, avoir satisfait aux exigences de la loi: en faisant les études classiques requises, en subissant les examens voulus, ou en obtenant un diplôme de B. A..

Ces jeunes gens, après avoir obtenu le diplôme universitaire, constatent qu'ils ne peuvent pas obtenir leur Licence et ils s'adressent à la Législature, pour faire passer des lois spéciales. Ils allèguent que, quand ils ont commencé leurs études médicales, sans brevet, ce n'était pas pour éluder la loi, mais parce qu'ils n'avaient pas l'intention d'exercer dans la province de Québec, ou bien, encore, parce qu'ils ne connaissaient pas les exigences de la loi. Ils déclarent qu'ils ont suivi les mêmes cours, donnés par les mêmes professeurs, que ceux auxquels le Collège des Médecins accorde la Licence, sur présentation du diplôme universitaire, qu'ils ont subi avec succès, et devant les mêmes examinateurs, les mêmes examens qu'eux et qu'ils ont aussi reçu les mêmes diplômes qu'eux.

Les Législateurs, en présence de ces allégations, ne peuvent pas comprendre pourquoi le Collège des Médecins refuse aux uns ce qu'il accorde aux autres, et, sur la déclaration de ces jeunes gens, que le refus du Collège équivaut pour eux à un arrêt d'exil, ils se laissent toucher et finissent par accorder la législation spéciale demandée.

Si un Bureau Central existait, les jeunes gens, sachant tous que c'est la seule porte d'entrée pour la profession, se conformeraient davantage aux exigences de la loi et, s'il se trouvait encore des irréguliers, ils ne pourraient pas alléguer à la Législature que le Collège leur refuse ce qu'il accorde à d'autres et il

ne leur resterait qu'à se qualifier comme les autres pour être admis par le Bureau Central.

3° L'expérience a démontré que le régime des Assesseurs n'a pas réalisé ce qu'on en attendait. Il constitue, pour le Collège des Médecins, une dépense considérable sans résultats équivalents, et pour les universités, une tutelle peu satisfaisante.

4° Les autres professions, dans notre Province—le Barreau, la Chambre des Notaires—possèdent un Bureau Central d'Examineurs. Elles contrôlent les qualifications de ceux qui désirent être admis membres de ces corporations et jouissent ainsi de leur entière autonomie. Les universités n'en souffrent aucunement; pourquoi en serait-il autrement pour la Médecine?

5° Le système actuel, facilitant la tâche aux irréguliers, constitue une injustice pour les réguliers qui, ayant fait tous les sacrifices nécessaires pour se conformer aux exigences de la loi concernant l'admission à l'étude de la Médecine, voient les irréguliers, qui eux se sont soustraits aux exigences de cette même loi, arriver à la Licence en même temps qu'eux et souvent avant eux.

6° Les universités ont tout intérêt à ce que les jeunes gens qui se destinent à la Médecine, ne commencent leurs études qu'après avoir complété leur cours classique. C'est un juste encouragement à donner aux Collèges et aux Facultés des Arts, c'est en même temps assurer une garantie de compétence chez les élèves destinés à suivre les cours de leurs Facultés de Médecine et à recevoir des diplômes qui engagent la responsabilité universitaire.

7° Il serait possible de constituer un Bureau Central qui, composé en grande partie de professeurs, offrirait aux universités et aux étudiants toutes les garanties de compétence et d'impartialité.

Signé, DR. J. A. MACDONALD,
Secrétaire.

STATUTS REFORMÉS D'ONTARIO, C. 148., s. 26.

“ When and as soon as it appears that there has been established a “ Central Examining Board ” similar to that constituted by this Act, or an institution duly recognized by the Legislature of any of the other Provinces of the Dominion of Cana-

“da, as the sole examining body for the purpose of granting
 “certificates of qualification, and wherein the curriculum is
 “equal to that established in Ontario, the holder of any such
 “certificate shall upon due proof be entitled to registration by
 “the Council of Ontario, if the same privilege is accorded by
 “such Examining Board or Institution to those holding certifi-
 “cates in Ontario.”

NOUVELLES

La réunion annuelle de la “Canadian Medical Association”
 aura lieu à Halifax au mois d’août prochain.

Parmi les 56 candidats au titre de docteur en médecine, la
 Faculté Laval, à Montréal, n’a donné qu’à trois nouveaux con-
 frères le degré de *summa cum laude*. Nos félicitations à MM.
 F. Bertrand, G. de Bellefeuille et G. Archambault.

Le bureau des renseignements de l’Université de Paris.—Par
 décision du vice-recteur de l’Académie de Paris, M. R. Blondel,
 licencié ès-sciences, remplit les fonctions de directeur du Bu-
 reau des renseignements de l’Université de Paris.

Rappelons, à ce propos, que par délibération récente du Con-
 seil municipal de Paris, le crédit affecté à l’entretien dudit Bu-
 reau des renseignements est porté à la somme de 800 piastres.
 Le personnel est composé du directeur, d’un secrétaire, d’un
 employé et de deux interprètes.

Les eunuques employés dans les harems de Constantinople,
 comme ceux des harems de Pékin, sont tous des eunuques com-
 plets. Il ne doit rien rester des parties génitales dont l’ablation
 se fait à l’aide d’un rasoir lorsque l’enfant est en bas âge. Ce
 sont généralement des nègres d’Abyssinie ou du Soudan vendus
 à des marchands d’esclaves.

Ils sont dolichocéphales, avec saillie du crâne en arrière. Ils
 deviennent de grande taille et obèses, avec développement exa-

géré des pectoraux et des muscles des reins. Ils vivent jusqu'à un âge avancé, mais ont une sénilité précoce.

Les grandes épidémies du nord de l'Afrique et du Maroc sont pour la plupart venues d'Orient et ont été propagées par les caravanes et les pèlerins. L. Raynaud propose, pour combattre les épidémies: de réglementer les pèlerinages, d'organiser un lazaret pour pèlerins et une station sanitaire pour les navires à proximité de Tanger.

La tuberculose est très répandue en Cochinchine: elle porte le nom de *binh ho lao* (maladie, tousser, consomptive): elle existait avant la conquête française. En Cochinchine, comme ailleurs, la forme pulmonaire est la plus fréquente. Cette tuberculose a une marche essentiellement lente.

La 73e session de l'Association médicale britannique aura lieu à Leicester du 25 au 28 juillet 1905.

Doux pays.—La mort de la princesse héritière de Corée, survenue le 5 novembre dernier, vient d'avoir comme conséquence l'arrestation des quatre médecins qui furent appelés à la soigner.

Ces thérapeutes, d'après l'usage du pays, vont être condamnés à la décapitation.

A la suite de toute maladie aiguë, la médication reconstituante est toujours indiquée, et parmi les toniques le plus souvent et le plus efficacement employés, se trouvent les préparations à la quinine et au quinquina; lorsqu'il y a indication particulière d'y joindre un stimulant, on choisit une préparation au vin. On rapporte que d'excellents résultats ont été obtenus avec le *Wilson's invalids' port wine*, qui est utile, non seulement aux invalides, mais aussi dans les cas où une préparation de quinquina au vin généreux est indiquée.