

PAGE

MANQUANTE

LE JOURNAL DE  
**Médecine et de Chirurgie**  
 DE MONTREAL

VOLUME III

Table alphabétique des auteurs -- Table alphabétique des matières

TROISIÈME ANNÉE 1908

	PAGES		
ASSELIN, Elic.—Physiologie des glandes thyroïdes et parathyroïde .....	70	FOUREND ET LOEFER.—Calcification et décalcification chez les atheromateux .....	379
Glandes thyroïde .....	300	GUERIN, Professeur J. J.—Andocardite rhumatismale aiguë avec lésions multiples .....	1
BENOIT, Professeur E. P.—Exposition de la Tuberculeuse .....	366-377	Diabète sucré .....	57
Hémiplégie infantile compliquée tardivement d'épilepsie jacksonienne .....	185	GARDENER, Dr F.—Retrécissement congénitaux de l'urètre.....	89
Leçon d'ouverture de la clinique de l'Hôpital Notre-Dame .....	281	HINGSTON, Dr D. A.—Le tréponème pallide et son rôle étiologique dans la syphilis .....	178
Nécrologie du professeur A. Demers .....	201	HUCHARD ET TESSEERNG, Drs—Le traitement des anémies .....	306
Périhépatite suppurée .....	76	JARDET et NIVIERE, Drs.—Les fruits crus dans le régime des diabétiques .....	384
Les Parathyroïdes .....	153	LACHAPELLE, Professeur Séverin.—Alimentation de l'enfant malade.....	22
Le traitement de la lithiase biliaire .....	359	LAURFENDEAU, Dr Albert.—Infection des voies biliaires .....	265
BOURGEOIS, Dr Ben.—Les rétrécissements acquis l'urètre chez l'homme .....	106	LERNE Dr.—Formes cliniques de la fièvre typhoïde chez les enfants.....	120
BRISSET, Dr André.—Ligature du cordon ombilical. ....	125	IIPPE Dr.—Assurance entre médecins .....	204
CALOT DE BERK.—Le mal de Pott et son traitement .....	348-365	LOEPER et FOUREND Dr—Calcification et décalcification chez les atheromateux .....	179
de COTRET, Professeur E.—Collargol et eledtargol dans les infections puerpérales .....	171	LOIR, Professeur Adrien.—Leçon d'ouverture du cours de Biologie de l'Université Laval .....	23
DAIGLÉ, Docteur C. A.—Les îlots de Langerham....	60	Les abattoirs de Chicago .....	46
de MARTIGNY, Dr Adelstan.—La paratuberculose.....	105	LUYVS, Dr—Traitement de la cystite tuberculeuse.....	123
de Martigny Dr François.—Quelques aspects de la méthode de Bier .....	86	MARTINET, Dr Alfred.—Comment on peut administrer les ferments.....	112
Du traitement du cancer de l'utérus .....	137	MIGNEAULT, Professeur, L. D.—Le corps thyroïde. ....	169
DEROME, Dr W. J.—Fracture communitive exposée du crâne .....	202	RENAUD, Dr Maurice.—Remarques sur le caractère dominant de l'état mental des neurasthéniques. ....	347
ELLIOT, Dr J.—Communication présentée à l'Association médicale canadienne à Ottawa...a... a. ....	242-284	Tumeurs tuberculeuses .....	364
FRENKLE, Dr H.—Ophthalmologie Rhino Laryngologie .....	114		



Oedème aiguë du poumon. La saignée dans .....	321	Néphrites. Hématuries dans les ... ..	356
Enterites. Traitements des, par les ferments sélectionnés .....	110	Neurasthéniques. Remarques sur un caractère dominant de l'état mental des, par le Dr Maurice Renaud .....	357
Enfant constipé. Le régime de .....	261	Névralgie faciale. Traitement de .....	114
Epileptique. Cas d'état épil .....	209	Nitrite d'amyle et nitrite de soude dans les hémorragies .....	360
Estomac ulcère simple et son traitement, par le Dr Verner .....	32	Nouvelle loi médicale des médecins et chirurgiens	322-334
Expertise médico légale .....	79	Obésité. Régime contre. ....	162
Exposition de la tuberculose, prof. E. P. Benoit	366-377	Opération césarienne pendant l'agonie .....	291
Fer animal .....	328	Ophthalmie des nouveaux nés. Traitement de.....	198
Ferments. Comment on peut administrer les, par le Dr Martinet .....	112	Ophthalmologie. Oto-Rhino. Laryngologie par le Dr Frenkle .....	114
Ferments lactiques. Ce que l'on doit entendre par. ....	312	Ophthalmo réaction en chirurgie .....	49
Fibrome calcifiant de l'orbite. Dr par le Dr J. N. Roy .....	249	Opthérapie thyroïdienne. Quand faut-il l'employer	
Fracture communitive exposée du crâne, par le Dr J. W. Derome.....	202	Opsonisation. Influence de quelques facteurs sur le mécanisme .....	289
Fruits crus dans le régime des diabétiques, par le Dr Jardet et Nivières .....	384	Ostéo-artrites tuberculeuses. Par le Dr Eug. St Jacques .....	4
Gaze stérilisée en chirurgie.....	278	Paralysies diphtériques .....	82
Gôitre. Traitement du par l'iode .....	331	Paralysies guéries avec des injections de sérum anti-diphtérique .....	260
Gôitre exophtalmique .....	216	Paratuberculose dans la tuberculose, par le Dr Adelstan de Martigny .....	105
Gonococciques, infections chez la femme et leurs traitements .....	163	Paratyphoïdes par le professeur E. P. Benoit .....	153
Goutte. Les médicaments de la .....	247	Péricardite chez les les enfants .....	14
Grossesse tubaire .....	296	Périhépatite suppurée, professeur E. P. Benoit .....	76
Hémiplégie cérébrale. Traitement de .....	177	Phtisie pulmonaire sans bacille de la tuberculose .....	16
Hémiplégie pleurétique .....	262	Pieds bots .....	55
Hémiplégie infantile compliquée tardivement d'épilepsie jacksonienne prof. E. P. Benoit .....	135	Pneumonie. Traitement de la, par le gaiacol .....	116
Hémophilie Pathogenie et traitement de .....	30	Pneumonie. Traitement de .....	181
Hémoptysie traitement de .....	32	Pneumonie aiguë. Traitement de .....	212
Hémoptysie traitement immédiat par le nitrite d'amyle .....	129	Point de côté, .....	130
Hommage du Bureau médical de la Province de Québec au Doyen E. P. Lachapelle .....	217	Poumon oedème aigu .....	307
Huile grise traitement des accidents .....	200	Pott. Le mal de, et son traitement. Par le Dr Calot de Betck .....	348-365
Hygiène à l'école Enseignement et pratique par le Dr Eug. St Jacques .....		Pontaliques. Quand devons nous les opérer .....	248
Hyperhémie emploi thérapeutique de .....	181	Refonte des lois médicales de la Province de Québec.	313
Hystérie .....	84	Rein mobile et son traitement .....	305
Ictère gastro duodénal. Traitement de .....	115	Rein kyste égonérescence polykystique du, par le Dr Eug. St Jacques .....	155
Ichtyose par le Dr Eug. St Jacques .....	121	Réponse du Doyen Lachapelle à l'adresse du Bureau des gouverneurs.....	220
Indications dans les cardio valvulites .....	177	Retrécissement congénitaux de l'urètre par le Dr Garner .....	89
Infection ébertienne latente .....	200	Réunion annuelle de l'association médicale Canadienne, par le Dr Eug. St Jacques .....	118
Infection puerpérale. Traitement de .....	176	Rhumatisme cérébral suraigu .....	83
Institut médical de Dusseldorf par le Dr Eug. St Jacques .....	94	Rhumatisme chronique. Traitement du .....	230
Lachapelle. Banquet .....	33	Rhumatisme chronique. Traitement thyroïdien du..	278
Lait cru dans l'allaitement artificiel .....	259	Sagesse des vieux maîtres .....	308
Lait. Rapport de la commission du bon lait 128-144-160-196-174		Sanatorium, le dispensaire et l'hôpital spécial pour le traitement des tuberculeux par le Dr S. A. Knopp	233
Langerham. Les îlots de, par le Dr C. A. Daigle .....	60	Santonine....Empoisonnement par .....	296
Leçon d'ouverture de la clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame prof. E. P. Benoit .....	281	Scarlatine chez l'enfant. Traitement de .....	232
Lettre de Berlin .....	11	Scoliose. Traitement de .....	165-326
Lettre de Londres .....	52-135	Schorrhé du cuir chevelu .....	229
Lettre de Paris .....	28-80-141	Section d'Optalmo-oto-rhino-laryngologie. Dr J. N. Roy .....	187
Lettre du Dr Rottot .....	313	Sobriété et Santé.....	126
Leucémie mycogène son traitement par les rayons X	311		
Lithiase Billaire et pancratite secondaire .....	97		
Lombrics et troubles intestinaux .....	198		
Lumière son influence sur la croissance .....	80		
Magnésie sulfate en pansement .....	274		
Maladie mitrale de l'enfance .....	161		
Médication par la réduction des liquides .....	199		
Métorrhagies des vieilles femmes .....	357		
Monod Fernand .....	64		
Myoedème et tumeurs de l'hypophyse .....	200		
Narcose électrique .....	65		

SOCIÉTÉS MÉDICALES

Association médicale de l'Ouest de Montréal.....	17
Association médicale des Trois-Rivières.....	35
Do Do du district d'Ottawa.....	103
Société médicale du district de Terrebonne.....	151
Do Do de Saint-Hyacinthe .....	67
Do Do de Montréal.....	

Séance du 21 janvier '08.....	43	Tuberculose et allaitement .....	182
Do 4 février '08.....	67	Tuberculose. Congrès international de la. Dr Eugène Saint-Jacques.....	332
Do 18 février '08.....	69	Tuberculose encore et toujours.....	60
Do 3 mars '08.....	86	Tuberculose. Influence modificatrice de la.....	256
Do 17 mars '08.....	101	Tuberculose rénale, Dr Eug. St-Jacques.....	236-249-269
Do 7 avril '08.....	118	Tuberculose du sein, par le Dr Eugène St-Jacques.....	361
Do 23 avril '08.....	136	Tuberculose testiculaires.....	13
Do 5 mai '08.....	147	Tuberculose. Lutte anti.....	260
Do 19 mai '08.....	166	Tumeurs tuberculeuses. Dr Maurice Renaud.....	364
Do 6 octobre '08.....	321	Typhoïde. Alimentation de la convalescence.....	260
Do 21 octobre '08.....	335	Thyphoïde apyretiques. Fièvres.....	295
Do 3 novembre '08.....	355	Thyphoïde, formes cliniques chez les enfants, Dr E. Lerné.....	190
Montreal Medico Chirurgical.....	50	Thyphoïde. Traitement de la fièvre.....	199
Société internationale de chirurgie, 2e congrès.....	373	Ulcère de la jambe. Traitement de.....	163
Spirosal .....	75	Union indispensable de la médecine et de la chirurgie par le Dr Reynier.....	381
Sucre dans l'urine, recherche du.....	180	Urètre. Rétrécissement acquis chez l'homme. Dr B. C. Bourgeois .....	106
Subfebriles certains états.....	306	Urinaires. Les faux coprostaïques.....	275
Syphilis conjugale. Trois cas de.....	182	Urticair. Traitement de.....	164
Syphilis. Traitement abortif de.....	178	Utérus. Traitement du cancer de, par François de Martigny .....	137
Syphilitique. Traitement de la cachaxie de .....	229	Varicocèle. Traitement de.....	165
Tabes et atherome.....	83	Variole traitée par la levure.....	200
Tabes. Traitement mercuriel du .....	180	Veratium et morphine dans l'éclampsie.....	209
Tabes et thérapeutique mercurielle .....	312	Vessie. Traitement des tumeurs de.....	95
Timès. Le Professeur.....	127	Vessie, ulcère simple.....	356
Tétanos. Traitement du.....	144	Visiteurs de France.....	292
Thyroïde. Le corps. Professeur L. D. Mignault.....	169	Vetilego. Origine biliaire de certains.....	116
Thyroïde, glande. Dr Elie Asselin.....	300	Voies biliaires. Traitement des infections des.....	115
Thyroïde et parathyroïde. Physiologie des glandes. Dr Elie Asselin.....	170	Volumineux sarcome de la conjonctive, Dr J. N. Roy	345
Thyroïdien. Traitement antithesmique de.....	328		
Traumatisme et appendicite.....	390		
Treponème pallide et son rôle éterlogique dans la sy- philis, Dr D. A. Hingston.....	178		
Tremblement prè et post hémiplegiques.....	295		



## Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

PROF. J.-J. GUERIN

### Endocardite rhumatismale aiguë avec lésions multiples

Le nommé O. T.—qui fait le sujet de cette observation clinique—âgé de 14 ans, commis épicier, occupe le lit 74 de la salle St-Patrice.

*Histoire de la maladie actuelle.*—Lors de son entrée le malade se plaignait de douleurs à la région précordiale et faisait de la température. Sa maladie avait débuté quinze jours auparavant et avait évolué de la manière suivante : Après avoir été exposé au froid pendant plusieurs heures, le malade s'était senti un soir très fatigué, courbaturé ; le lendemain matin, il éprouva des douleurs aux pieds, les jointures se gonflèrent et il ne put se lever. Après les deux articulations tibio-tarsiennes, les deux genoux furent pris à leur tour ; ils se gonflèrent comme les chevilles du pied, devinrent sensibles, douloureux. Le malade accusa ensuite une douleur à l'épaule, puis à la région précordiale. Cette dernière douleur lui semblait plus prononcée quand il essayait de se lever ou de s'asseoir, elle était moins intense quand il gardait la position horizontale dit-il. Il accusa également des douleurs au niveau des petites articulations, aux jointures des doigts de la main. Il y avait donc polyarthrite plus ou moins généralisée ; quant aux lésions cardiaques, rien de précis encore.

La température était alors à 102 2/5°, le pouls à 92. Le malade fut soumis au traitement salicylé. Il prit 10 grains de salicylate de soude toutes les trois heures. Sous l'effet de ce traitement, le gonflement et les douleurs articulaires diminuèrent ; la température descendit à 101 1/5°, le pouls à 88. L'amélioration fut passagère cependant ; le thermomètre remonta à 102 2/5°, le pouls s'accéléra à 108 et devint compressible, l'état général était moins satisfaisant ; il y avait toujours douleur précordiale avec angoisse plus prononcée, malaise et agitation, malgré que l'état des jointures s'était de beaucoup amélioré. Le cœur—que nous avons examiné régulièrement—révélaient maintenant des lésions nettement caractérisées. On constatait que la matité précordiale était augmentée et qu'il existait des bruits de

souffles au niveau des orifices ; le malade faisait de l'endocardite infectieuse rhumatismale et vraisemblablement de la péricardite. C'est alors qu'il fut amené à l'hôpital, où il nous a été donné de l'observer de plus près et de le traiter.

Le traitement suivi depuis qu'il est ici a été le salicylate de soude, continué, mais administré à doses plus élevées : 15 grains tous les 3 heures. Cette dose est en apparence élevée, mais elle est bien supportée chez les enfants, étant donnée l'activité d'élimination du rein à cet âge. On donna, du reste, en même temps que l'on prescrivit le médicament à cette dose, l'ordre de le suspendre s'il survenait chez le malade de la surdité et des bourdonnements d'oreille, premiers signes d'intoxication. On appliqua de plus le thermocautère à la région précordiale. Sous l'effet de cette médication la température s'abassa, la douleur précordiale disparut, le malade se sentit beaucoup mieux.

*Histoire personnelle antérieure.*—L'Histoire personnelle antérieure de ce petit malade n'offre rien de particulier, si ce n'est que son occupation l'exposait à souffrir de la fatigue et du froid : il était commis dans une épicerie, obligé de conduire une voiture, parfois à de grandes distances et partant exposé, malgré son jeune âge, à toutes les intempéries : ce qui a dû occasionner cette maladie chez lui. Antérieurement vers l'âge de 4 ans, il eut, dit-il, une inflammation de poumons. Il a toussé assez fréquemment par la suite, et a souffert de douleur à la poitrine jusqu'à l'âge de 7 ans ; mais ceci semble n'avoir aucun rapport avec la maladie actuelle.

*Histoire de famille.*—Il existait peut-être chez lui certaine prédisposition héréditaire. Le père encore vivant et en assez bonne santé actuellement, a cependant souffert de rhumatisme à différentes reprises. La mère un peu nerveuse et anémique a donné naissance à huit enfants dont trois sont morts : un de méningite, un de scarlatine et un de convulsions.

Nous avons vu que sous l'effet du traitement suivi l'amélioration avaient été assez rapide : la maladie cependant n'a pas été sans laisser des traces. Il reste à constater quelles ont été les conséquences de cette infection aiguë avec localisation sur le cœur : l'examen physique du malade va nous le démontrer.

### EXAMEN PHYSIQUE

22 novembre 1907, c'est-à-dire environ 30 jours après le début de la maladie.

*Inspection.*—On constate d'abord que le pouls est bondissant, il y a élévation brusque de la paroi artérielle

avec chute rapide, c'est le pouls de Corrigan, du nom de celui qui pour la première fois l'a décrit. Si on examine les vaisseaux de la base du cou, on voit que les carotides sont soulevées violemment à chaque pulsation. En examinant les ongles du malade, ou en frottant la peau du front, on observe au niveau de la zone congestionnée, des changements de coloration qui surviennent à chaque contraction du cœur ; c'est ce qu'on appelle le pouls capillaire. Si on examine la région précordiale, on remarque qu'il y a soulèvement en ondulation à chaque systole, sur un espace assez étendu, plus étendu qu'à l'état normal où le choc ne se produit que sur un espace très limité, au niveau de la pointe.

*Palpation.*—Au palper on perçoit un léger frémissement à la région précordiale, frémissement qui peut être dû à la vibration de la colonne sanguine lancée à travers un orifice plus ou moins rétréci ; cette sensation pourrait s'expliquer aussi par les frottements du péricarde malade et dépoli.

*Percussion.*—À l'inspection et à la palpation la pointe du cœur paraît située au niveau de la ligne mammaire, mais à la percusssion on constate que la matité s'étend environ un pouce au delà, du côté de l'aisselle. À l'état normal la matité dépasse quelque peu l'endroit où bat la pointe du cœur, en bas et à gauche, mais pas autant que la chose apparaît ici. L'étendue de la matité est donc la première chose qui nous frappe dans le cas-présent. Cette matité peut être due à un épanchement s'il y a pericardite.

Il est nécessaire ici de bien préciser, car s'il y a épanchement et si cet épanchement est assez considérable pour gêner le cœur, il y a lieu de faire une ponction avec l'aiguille aspiratrice, à l'effet de soustraire une partie du liquide. C'est ce que nous avons fait dernièrement chez une petite malade de la salle Sainte-Brigide : comme il existait chez elle une matité assez étendue à la région précordiale, de la dyspnée, un pouls petit et compressible, indice certain de l'état de souffrance du cœur, nous avons fait enfoncer une aiguille à un endroit bien précisé d'avance ; 3 onces de liquide ont pu être retirées sur le champ, ce qui a amené un soulagement immédiat de l'état du malade et une amélioration rapide de la maladie. La résorption fut accélérée par la ponction et la soustraction partielle du liquide, comme c'est généralement le cas, et le lendemain nous entendions très bien les frictions que nous ne pouvions percevoir d'abord, par suite de la distension du sac péricardique.

Ici, je ne crois pas qu'il y ait maintenant beaucoup de liquide dans la cavité ; ou en tous cas je ne crois pas qu'il y en ait suffisamment pour justifier une ponction.

*Auscultation.*—Nous allons maintenant contrôler par l'auscultation les faits déjà notés à l'inspection, au palper et à la percussion.

On commence toujours par placer l'instrument au voisinage de la pointe du cœur et à rechercher quels sont les bruits perçus à cet endroit. Ici on entend un souffle systolique qui se transmet du côté de l'aisselle ; il y a par conséquent insuffisance mitrale ; c'est la première lésion que je constate. En auscultant plus près de la base, au niveau du 3<sup>me</sup> cartilage costal gauche, j'entends un bruit qui n'est pas absolument synchrone avec le début de la systole et de la diastole, et que je considère être un bruit extra-cardiaque, produit au niveau du péricarde, par le frottement l'un sur l'autre des deux feuillets de la séreuse enflammée et dépolie.

Dans la région aortique j'entends un double bruit, systolique et diastolique ; j'en conclus qu'il y a ici une double lésion ; il y a rétrécissement et insuffisance. Le rétrécissement, qui semble peu prononcé ici, parce qu'il ne modifie pas les caractères du pouls, est révélé par le souffle au premier temps, souffle qui se prolonge dans les vaisseaux du cou. L'insuffisance est démontrée par le souffle diastolique, par le pouls de Corrigan, par le battement des vaisseaux du cou et le pouls capillaire, phénomènes tous expliqués par l'insuffisance des valvules sigmoïdes qui fait que le sang, après avoir été lancé dans l'aorte et avoir distendu les vaisseaux, revient en arrière et reflue du côté du cœur.

Je ne puis dire qu'il y a actuellement myocardite, il n'y a pas eu d'œdème, signe d'asystolie aiguë par insuffisance du myocarde ; le pouls assez fort indique que les contractions du cœur sont assez énergiques. Cependant il a dû résulter des différentes lésions des orifices, que nous venons de constater, un certain degré de dilatation des ventricules. Le cœur cherchant à se conformer à l'état pathologique existant, s'est d'abord dilaté ; il devra ensuite s'hypertrophier afin de maintenir la compensation. C'est ainsi que les choses se passent dans une maladie récente et dont la marche suit son cours régulier ordinaire.

## DIAGNOSTIC

Nous avons constaté, par l'histoire de la maladie que ce malade avait souffert de polyarthrite rhumatismale aiguë avant son entrée à l'hôpital. Par l'examen physique que nous venons de faire, nous pouvons affirmer, pour les raisons que j'ai indiquées au cours de l'examen, que cette infection a eu pour effet de déterminer des lésions multiples du côté du cœur, à savoir : insuffi-

sance mitrale, insuffisance et rétrécissement aortique, péricardite ; ce qui était plus que suffisant pour rendre le cas intéressant et lui mériter toute votre attention.

### TRAITEMENT

Le malade a été soumis à la médication salicylée, à la période aiguë de la maladie. Nous en avons constaté tous les bons effets. Nous avons aussi appliqué le thermocautère à la région précordiale, afin de déterminer une contre-irritation énergique du côté de la peau. Cette irritation très vive, obtenue au moyen des pointes de feu a pour but de détourner vers la périphérie le siège de la congestion ; c'est un moyen de combattre l'inflammation qui existe dans les organes profonds. Elle a aussi pour but de provoquer une action phagocytaire plus intense et d'activer les moyens naturels de défense de l'organisation. En effet, à la suite de ces applications, on observe que les leucocytes augmentent en nombre, deviennent plus actifs et s'attaquent avec plus de vigueur à l'infection. L'effet que nous en avons obtenu a été très prompt : le malade a senti ses douleurs diminuer rapidement et disparaître à la suite de ces applications.

Il reste à déterminer quel traitement il convient, maintenant, de donner au malade.

Il lui faut d'abord du repos ; c'est la première indication ; il est nécessaire que le cœur ne soit pas surmené, fatigué, afin de permettre à la nature d'établir peu à peu son travail de compensation. Le cœur ici est excitable ; le repos est un excellent sédatif du cœur : après 24 heures de repos absolu, on constate généralement que le nombre des pulsations a diminué d'un tiers. Il y a lieu chez ce malade d'éviter certains médicaments que l'on donne quelquefois, sans discernement. Son cœur est irritable, nous l'avons constaté quand le malade absorbe du café, breuvage que nous avons dû lui interdire. Sous l'effet de ce stimulant son pouls devient très rapide et son cœur bat violemment, ce qui est chez lui un grand inconvénient, comme nous l'avons indiqué.

Il faut donc éviter les stimulants du cœur, la caféine et aussi la digitale. On donne peut-être trop souvent la digitale dans les maladies du cœur. Ce médicament a ses indications, il convient parfaitement et il est très utile chez certains malades, mais il ne faut pas le donner dans tous les cas. Ici il faut plutôt l'éviter. Ce que nous avons à faire chez ce malade, c'est de calmer le cœur. On y réussira, si le repos n'y suffit pas, en donnant le bromure de potassium et même la morphine, si nécessaire. La morphine cependant présente un certain

danger, surtout chez un jeune sujet ; l'abus de ce médicament est une chose à craindre, et l'habitude d'en faire usage peut se contracter facilement. Néanmoins, ce remède trouverait bien ici son indication, d'abord comme sédatif du cœur, ensuite parce qu'il congestionne le cerveau et peut servir à combattre l'anémie cérébrale qui existe habituellement dans les cas d'insuffisance aortique.

Il resterait à s'intéresser à l'avenir de ce petit malade. Les lésions qui existent chez lui devront persister ; aussi il lui faudra à l'avenir éviter les travaux fatiguants. Un emploi n'exigeant qu'un exercice très modéré évitera le surmenage du cœur, permettra au phénomène de compensation de se maintenir plus longtemps et empêchera son état de s'aggraver. Il devra éviter rigoureusement l'usage du tabac et des liqueurs alcooliques. C'est le dernier conseil que nous aurons à lui donner à son départ de l'hôpital.

---

## Université Laval de Montréal

### FACULTÉ DE MÉDECINE

---

#### Cours de Biologie.—Leçon d'embryologie

---

PAR LE PROFESSEUR ADRIEN LOIR

---

Tout organisme a une existence limitée. Tout être vivant doit assurer sa conservation propre et celle de son espèce.

La reproduction est l'ensemble des phénomènes par lesquels les êtres vivants perpétuent leur espèce.

Pour se reproduire, l'être vivant abandonne une de ses parties qui se transforme graduellement en un être semblable à lui. Les êtres vivants naissent de parents qui les ont engendrés.

La thèse de la génération spontanée des êtres vivants a été longtemps défendue. Au moyen âge, on croyait que les souris pouvaient naître spontanément au milieu de linge sale mis dans une caisse en bois, abandonnée dans un coin obscur, et pourvu qu'on ait ajouté quelques grains de blé dans la caisse. Il fut démontré bientôt que, si la caisse était hermétiquement close, on empêchait ainsi toute femelle pleine d'y pénétrer, et on ne voyait plus, dès lors, apparaître de jeunes souris. Ensuite la génération spontanée des vers, à la surface de la



viande, fut invoquée mais il fut démontré qu'en protégeant la viande du contact des mouches, on empêchait ces insectes de faire leurs oeufs et que c'était de ces oeufs que naissaient les vers.

Pouchet fut, vers 1850, le dernier défenseur de la génération spontanée. Il croyait avoir démontré le phénomène chez les êtres microscopiques, naissant dans les infusions putréfiables. C'est à cette époque que Pasteur se mit à étudier la question. Il démontra l'inanité des preuves sur lesquelles on s'appuyait pour affirmer la génération spontanée d'un être vivant et que tous ceux qui y avaient cru, jusqu'à cette époque, l'avaient fait sans raisons solides.

Pasteur venait de démontrer que les fermentations étaient dues à la pullulation d'êtres microscopiques. Il avait donc intérêt à se rendre compte si ces êtres peuvent prendre naissance spontanément au sein de la matière fermentescible, ou bien s'ils proviennent nécessairement d'êtres semblables à eux. La vérité sur ce point est devenue plus pressante encore depuis que nous savons que les infiniments petits produisent des maladies. Si les microbes peuvent se former spontanément en nous aux dépens de nos tissus ou par métamorphose quelconque de cellules, ces maladies sont aussi spontanées, nous les tirons de nous. Si, au contraire, ces microbes proviennent de germes semblables à eux, leurs effets meurtriers sur l'organisme montrent qu'ils n'y sont pas toujours présents, qu'à un moment donné leur germe est venu de l'extérieur et que, par conséquent, la maladie vient du dehors. Spontanéité ou non spontanéité des maladies contagieuses et virulentes, telle est donc la question importante qu'agite le débat des générations spontanées.

Suivant la façon dont le problème sera résolu, la base même de l'hygiène et de la pathologie générale sera différente. On voit l'importance de cette question pour l'hygiéniste, le médecin, le chirurgien. Aussi nous allons étudier, sur ce point de toute importance, les expériences de Pasteur, car dans ces études sur les générations spontanées nous trouverons le germe de la révolution moderne subie par la pathologie générale.

Pasteur nous apprend d'abord à stériliser les liquides, à les pasteuriser, puis à les conserver indéfiniment stériles. Il obtenait ce résultat en empêchant les germes de l'air de venir en contact avec le liquide préalablement stérilisé par la chaleur, qui a un certain degré tue tous les êtres vivants. Il nous a démontré qu'en laissant entrer l'air librement, dans le récipient qui contient le liquide stérilisé, ce liquide s'altère, par suite de la pullu-

lation d'êtres microscopiques. Mais encore faut-il que cet air soit souillé par les poussières car les germes des microbes se trouvent à la surface des objets et sont emportés par le vent. Dans les endroits où les poussières sont rares, sur le haut des montagnes, on peut ouvrir des flacons contenant ces liquides stérilisés sans les voir s'altérer, alors qu'un flacon semblable, ouvert dans une rue de Paris, même un très court instant, s'altère invariablement tellement les germes des microbes sont répandus et mis en mouvement dans un endroit public où séjournent de nombreuses personnes. Un simple tampon de coton qui filtre l'air, arrête mécaniquement ces germes d'êtres microscopiques et permet de conserver indéfiniment des liquides stérilisés, qui restent cependant au contact de l'air, mais de l'air filtré à travers le coton.

Les travaux de Pasteur ont démontré que les infusoires, les microbes n'apparaissent pas spontanément dans les infusions où ils pullulent : tous ces êtres ne sont pas créés, mais engendrés.

La théorie de la génération spontanée est universellement rejetée aujourd'hui ; on a reconnu, en effet, que les conditions cosmiques actuelles sont inaptes à permettre la transformation des matières organiques en matière organisée douée de vie.

Étudions maintenant les phénomènes de la reproduction des êtres.

La reproduction est dite asexuelle ou monogène, quand un seul être concourt au phénomène. Elle se fait alors par scissiparité, (fractionnement simple ou multiple) ou par bourgeonnement.

Elle est sexuelle lorsqu'il y a union (conjugaison) de cellules spéciales ; l'une de ces cellules appelée spermatozoïde, féconde l'autre désignée sous le nom d'ovule.

Dans le phénomène de la scissiparité ou dans le bourgeonnement, la masse de protoplasma qui forme la cellule se divise en deux et donne deux êtres qui deviennent semblables au premier. Chez certains êtres qui ont un noyau, on voit ce noyau se segmenter pour en donner deux, autour de chacun desquels se forme le nouvel être. Chez l'être humain la reproduction est sexuelle, mais une fois le phénomène ainsi commencé, les cellules se divisent, le noyau qu'elles possèdent se segmentant d'abord en deux. Un phénomène particulier, celui de la karyokinèse, ou division du noyau, assure à chacune des cellules filles, une partie parfaitement égale et homogène du noyau.

Nous allons voir en détail les phénomènes de la reproduction chez l'homme.

*Appareil génital de l'homme.*—Les testicules deux glandes qui se trouvent préalablement situées dans la cavité abdominale, et qui émigrent dans le scrotum chez l'enfant. Plus de 1000 canalicules contournés forment ces glandes. A la face postérieure des testicules aboutissent les canaux excréteurs qui composent l'épididyme. A l'épididyme fait suite le canal déférent qui débouche dans l'urèthre. Le sperme secreté par ces glandes contient les spermatozoïdes, ou cellules mâles, composés d'une tête et d'une queue qui permet au spermatozoïde de se mouvoir la tête en avant. Le spermatozoïde mesure 50 millièmes de millimètre. Nous savons que le diamètre du globule rouge du sang est de 8 millièmes de millimètre.

*Appareil génital de la femme.*—Les ovaires sont deux glandes de la grosseur d'une amande verte situées à la partie inférieure de la cavité abdominale. A partir de la puberté la surface des ovaires se couvre de cicatrices de plus en plus nombreuses, ce qui lui donne un aspect crevassé. Chaque cicatrice provient de la déchirure d'un ovisac suivie de la chute d'un ovule. L'ovisac est désigné souvent sous le nom de vésicule de Graaf. Il existe plus de 300,000 ovisacs dans un ovaire normal.

Au voisinage des ovaires se trouvent les pavillons des trompes de Fallope, dont les canaux, les oviductes, parviennent aux cornes de l'utérus. Ces canaux ont un épithélium cylindrique à cils vibratils.

L'utérus présente une cavité résultant de la soudure des trompes de Fallope. Il a la forme d'un entonnoir dont le bec, (museau de tanche) est engagé dans le vagin.

L'ovule mesure 100 à 200 millièmes de millimètre.

Il est formé d'une masse de protoplasme désignée sous le nom de vitellus, et contenant un noyau ou vésicule de Purkinje. Tous les mois, les uns après les autres, quelque fois deux à la fois, (dans ce cas, il peut y avoir grossesse double) les ovisacs se rompent et les ovules sont mis en liberté. Ce phénomène se produit à partir du moment de la puberté.

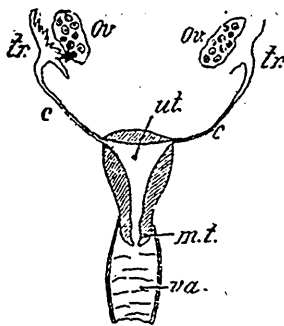


FIG. 1. — Appareil génital de la femme. *ov.* ovaire; *tr.* trompe de Fallope et son canal; *c*; *ut.* utérus; *m.t.* museau de tanche; *va.* vagin.

*Menstruation.*—Au moment de l'expulsion de l'ovule, une mue périodique de l'épithélium utérin se produit, par suite de la mise à nu des petits vaisseaux sanguins qui se rompent, d'où hémorragie périodique, c'est la menstruation. En même temps l'ovisac se gonfle, l'ovule est mûr, l'ovisac se rompt, et l'ovule tombe. La cicatrization de l'ovisac produit à la surface de l'ovaire une cicatrice ou corps jaune.

L'ovule passe dans la trompe, grâce au mouvement des cils vibratiles de la surface de l'épithélium, l'ovule suit l'oviducte jusqu'à l'utérus. Dans ce trajet cet ovule est fécondé où s'il ne l'est pas, il est expulsé en même temps que le sang de la menstruation. Lorsque l'ovule ne tombe pas dans la pavillon de la trompe il peut malgré cela être rejoint par le spermatozoïde et on voit alors évoluer une grossesse intrapéritonéale. Si l'évolution de l'embryon se fait dans l'oviducte on a une grossesse tubaire. Dans ces deux cas, on dit, qu'on a affaire à une grossesse extra utérine.

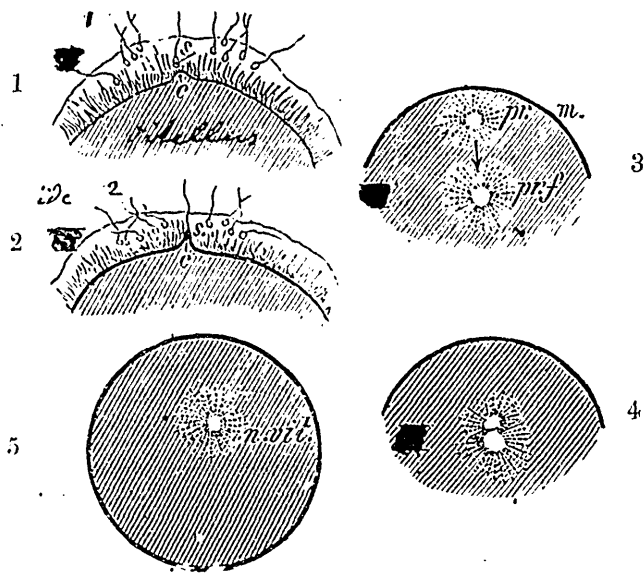
*Fécondation.*—L'accouplement a pour but d'amener le spermatozoïde en contact de l'ovule et d'assurer ainsi la fécondation.

Les spermatozoïdes arrivés dans l'utérus passent dans l'oviducte et c'est là, qu'en général, ils rencontrent l'ovule. Ils s'engagent dans la zone pellucide ou membrane d'enveloppe de l'ovule. On voit plusieurs spermatozoïdes ainsi engagés et retenus prisonniers, ils ne peuvent que pénétrer davantage, tête en avant. Un d'entre eux, plus avancé que les autres, provoque par sa présence au voisinage du vitellus un soulèvement du protoplasma de l'ovule (c'est le cône d'attraction) qui atteint la tête du spermatozoïde et l'englobe. La queue du spermatozoïde reste dans la membrane muclagineuse d'enveloppe de l'ovule. La tête pénètre dans le vitellus et de suite on voit ce vitellus s'entourer d'une membrane très nette qui aurait pour effet de s'opposer à la pénétration d'autres spermatozoïdes.

Le spermatozoïde capturé forme dans le vitellus une petite tache claire. C'est l'aster ou protonucleus mâle qui se porte à la rencontre du protonucleus femelle et se confond avec lui. Il en résulte un noyau vitellin ou noyau de segmentation.

L'ovule est devenu oeuf. L'oeuf va produire un être semblable aux parents qui ont fourni les deux cellules spécifiques dont il procède.

La fécondation se produit d'ordinaire dans l'oviducte, avons-nous dit. De là, l'oeuf descend petit à petit dans l'utérus, grâce au mouvement des cils vibratils dont sont pourvus les cellules épithéliales de l'oviducte.



- 1.—Spermatozoïdes dans zone pellucide de l'ovule. C. cône d'attraction  
 2.—Un spermatozoïde pénètre dans ovule. Vitellus s'entoure de membrane nette qui empêche pénétration d'autres spermatozoïdes  
 3.—Protonucleus mâle va au devant de protonucleus femelle  
 4.—Fusion des deux protonucleus  
 5.—Noyau vitellin résultat de la fusion. L'œuf est formé il va se segmenter

*Formation des caduques.*—La muqueuse utérine douée d'une activité et d'une turgescence particulière, coïncidant avec la fécondation de l'ovule, produit d'énormes villosités entre lesquelles vient se loger l'œuf. Celui-ci est complètement enveloppé par les végétations de la muqueuse qui reçoivent le nom de caduque. On appelle : caduque utérine, toute la muqueuse qui tapisse l'utérus ;—c'est-à-dire la portion de la muqueuse sur laquelle se pose l'œuf. Mais retournons vers l'œuf et étudions ces transformations.

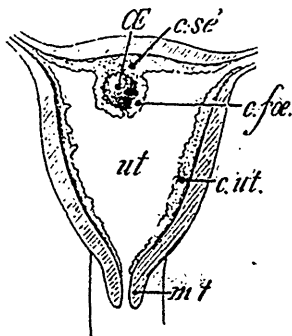


FIG. 3. — Formation de la caduque dans l'utérus. ut. — OE, œuf ; c.ut., caduque utérine ; c.se', caduque sérotine ; c.fœ., caduque fœtale ; m.t., muscle de tancé.

Dès la fécondation, la segmentation commence et transforme cet être unicellulaire en un organisme pluricellulaire. L'œuf se divise d'abord en deux cellules égales qui se segmentent elles-mêmes un grand nombre de fois, l'œuf a bientôt l'aspect d'une masse bourrée de cellules. Grâce au phénomène de la Karyokinèse, le noyau de chacune de ces nouvelles cellules contient une partie du noyau de la première cellule formée dans l'œuf au moment de la fusion du pronucleus mâle et du pronucleus femelle. Tous ces noyaux de toutes ces cellules proviennent donc du père et de la mère.

Bientôt dans cette masse de cellules qui constitue l'œuf, se produit une invagination une moitié s'enfonce dans l'autre moitié. Les cellules situées à la partie extérieure se différencient des autres, elles forment un feuillet externe : l'ectoderme, tandis que les cellules intérieures forment un feuillet interne : l'entoderme. Des diverticules se forment entre ces cellules, et il se constitue un feuillet moyen, c'est le mésoderme.

En résumé, les phases successives de la segmentation de l'œuf tendent à constituer des éléments anatomiques disposés en feuillets appelés feuillets blastodermiques, ces feuillets sont superposés et sont au nombre de trois

*Rôle des trois feuillets blastodermiques.*—De ces trois feuillets naîtront les différentes parties du corps. De l'ectoderme viendront l'ensemble des cellules qui revêtent et protègent le corps, celles qui président en outre aux relations avec le milieu extérieur ; l'épiderme en dérive ainsi que le système nerveux et les organes des sens, tout au moins pour une partie des tissus qui les composent.

L'entoderme constitue l'épithélium du tube digestif et des glandes qui y sont annexées.

Le mésoderme forme les tissus intermédiaires à la peau et à l'intestin (tissu conjonctif, tissu musculaire, sang) qui président aux mouvements, aux relations et à la nutrition intime des différentes parties du corps. Aux trois feuillets correspondent donc trois catégories de fonctions.

(A suivre)

# L'Hygiène à l'École

## ENSEIGNEMENT ET PRATIQUE

Nous venons de faire part à nos lecteurs de l'excellent rapport transmis à la Commission d'Hygiène par les Drs Jules Laberge et McCarrey,—fruit d'un voyage d'observation aux grandes villes américaines. Nos lecteurs y auront lu que l'Enseignement de l'Hygiène à l'école et l'Inspection des écoliers sont fortement recommandés : et avec raison.

Il nous a paru intéressant de savoir ce qui se faisait à ce point de vue dans nos écoles canadiennes et catholiques, et voici ce que nous avons appris et vérifié.

Voyons tout d'abord ce qui touche à

### L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Comme un très grand nombre, nous étions restés sous l'impression, à la suite des dires des journaux, que notre commission scolaire ne s'y était pas prêtée de très-bonne grâce.

Etablissons les faits. Quelques membres du Bureau d'Hygiène en avaient depuis longtemps laissé entrevoir l'avantage ; mais en aucun temps, avant l'an dernier, il ne fut fait de proposition directe à la commission scolaire. Dès que le Bureau d'Hygiène eut décidé de l'à-propos de cette inspection, il communiqua officiellement avec les commissions scolaires catholique et protestante. De notre côté on délégua immédiatement le Président de la commission, Mr Dauth, Vice-Recteur de l'Université, ainsi que MM. Vallières et Payette. M. Semple, membre de la commission catholique, assistait aussi à l'assemblée ainsi que plusieurs délégations anglaises.

Le Président de notre commission, qui fut "le premier" à prendre la parole après que la proposition eut été faite par le Bureau d'Hygiène, répondit qu'il était personnellement fortement en faveur de cette inspection et qu'il avait raison de croire que les membres de la commission catholique la verraient établie avec grande satisfaction. "Depuis longtemps, disait-il, nous en comprenons l'importance et les avantages, mais jamais avant aujourd'hui le Bureau, d'Hygiène, chargé de ce côté de la protection publique, ne nous avait fait de proposition officielle. Mais il faudra deux conditions : d'abord que toutes les règles de la bienséance soient strictement observées,—et puis que cette inspection soit sérieuse, bien faite et méthodique, et que l'inspecteur ne se contente

pas de questionner vaguement le Directeur de l'établissement et de signer le livret de présence, sans examiner de près ni les choses ni les élèves."

Et le président de la Commission Catholique ajoutait même qu'il était "important de donner aux médecins-inspecteurs des honoraires convenables afin d'assurer aux écoles une inspection plus sérieuse et plus soignée." On ne pouvait être vraiment mieux disposé.

Je me suis laissé dire, par une personne qui assistait à cette réunion, que ces paroles avaient presque renversé d'étonnement certaines personnes qui s'imaginaient rencontrer chez nous de l'opposition à toute idée de progrès. La myopie n'a-t-elle pas été de tous les temps !

C'était là la première proposition officielle du Bureau d'Hygiène, et elle était non-seulement acceptée mais fortement appuyée par le président de notre Commission Scolaire. Nos commissaires d'école naturellement l'acceptèrent immédiatement. Vous connaissez le reste : comment elle débuta ; le manque de mesure dans les termes employés pour relater des faits observés par certains de nos médecins inspecteurs—ton et loquacité qui contrastaient singulièrement avec la modération et la discrétion de nos confrères anglais ;—le tact du Bureau d'Hygiène qui s'employa de toutes ses forces à applanir les difficultés inhérentes à toute innovation ;—les excellents résultats que cette inspection a donnés ;—et maintenant l'incertitude de nos échevins à voter les fonds nécessaires pour sa continuation.

—o—

Et maintenant, voyons ce qui en est de

### L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE A L'ÉCOLE

Le cours d'instruction à nos enfants comprend d'abord quatre années à l'École Élémentaire,—suivie de l'École Modèle, qui réclame deux ans,—le tout couronné par quatre années à l'Académie.

Y enseigne-t-on l'hygiène ? Mais oui ! et voici le programme, qui avait au préalable été approuvé par plus d'un membre de la profession médicale.

*Hygiène.—Cours élémentaire.—3ème et 4ème année*—Soins généraux de propreté corporelle ; bains et lotions : vêtements : propreté, choix selon les variations de la température ; la respiration ; l'exercice ; le travail manuel ; le travail intellectuel ; les jeux ; le repos ; le sommeil ; la chaleur et le froid ; l'humidité de l'air ; danger des courants d'air ; causes et effets de l'altération de l'air ; aération et ventilation ; principaux désinfectants.

*Cours Modèle (Intermédiaire)*—5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année.—L'habitation, ses conditions générales : exposition, ventilation, chauffage, éclairage ; conditions d'une bonne alimentation : l'eau : qualité d'une eau potable, ébullition, filtration ; les boissons, l'alcoolisme ; premiers soins à donner en cas d'hémorragie, de blessure, de luxation, de brûlure, de piqûre, de foudrue, d'indigestion, d'empoisonnement ; soins à donner aux asphyxiés, par submersion, par strangulation, par le gaz ; maladies cutanées ; épidémies ; maladies infectieuses et précautions à prendre, soins de la vue.

*Cours Académique (Primitive supérieure)* 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> année.—Notions pratiques d'anatomie et de physiologie de l'homme ; principaux éléments anatomiques ; digestion, respiration, circulation ; absorption, assimilation, sécrétions et excréments, innervation, locomotion.

Et par qui est donné cet enseignement ? Par les professeurs et institutrices, qui en ont eux-mêmes reçu l'instruction aux Ecoles Normales, où ils se préparent à l'enseignement.

C'est donc là, en haut, qu'il est de toute importance que l'enseignement soit complet et bien donné. C'est là la clef de voûte, nous le reconnaissons et si futurs professeurs et institutrices ne reçoivent qu'un enseignement rudimentaire, ne sont pas convaincus des bienfaits et voire même de l'importance de l'hygiène, à leur tour ils ne la mettront que maigrement en pratique eux-mêmes et plus mal encore l'enseigneront-ils.

— o —

Les programmes montrent que l'Hygiène y figure pour une heure d'enseignement chaque semaine, toute l'année durant, soit entre 30 à 40 cours par année. Ces cours couvrent l'Hygiène à ses divers points de vue et pour donner une idée précise de la manière dont le sujet est traité, je ne saurais trouver mieux que rapporter ici les questions posées aux Elèves-Instituteurs de l'Ecole Normale, qui se présentaient en 1905 pour l'obtention du Diplôme Académique.

#### HYGIÈNE SCOLAIRE

1. Quel soin devez-vous apporter dans le choix du terrain sur lequel doit être construite la maison d'école ?

2. Quel doit être, par heure, le volume d'air pur réservé à chaque élève ? Quels sont les différents moyens à prendre pour que l'air de la classe se renouvelle continuellement ?

3. Qu'y a-t-il à craindre dans l'habitation d'une maison nouvellement construite ? Durant les saisons humides ? Quelles sont les maladies qu'un tel état de chose peut occasionner ? Quels sont les moyens d'y remédier ?

4. A quels signes reconnaîtrez-vous que le siège et le pupitre sont appropriés à la taille de l'élève auquel ils sont destinés ?

5. Donnez les conditions qu'exige l'hygiène dans l'éclairage ? La couleur des murs ? L'impression du livre et la couleur du papier employé ? Genre d'écriture en usage et position du corps et du cahier ? Lumière artificielle ? Dites à quels inconvénients expose l'élève toute déféctuosité dans l'un des ces cas ?

A la même année, voici les questions auxquelles avaient à répondre les candidats au Diplôme d'Instituteur Modèle.

1. Hygiène.—Définition.

2. Maladie.—Définition.

3. Air.—Définition.—Composition de l'air respirable.—Nombre d'inspirations par minute.—Volume d'air introduit dans nos poumons à chaque inspiration.—Provenance des éléments qui contribuent à vicier l'air que nous respirons.—Manière de respirer ?

4. Substances alimentaires.—Définition, division et action des aliments dans l'économie animale ?

5. Sang.—Définition.—Son rôle dans l'économie.—Nombre de contraction du coeur à la minute chez l'adulte.—Volume du sang dans le corps humain et temps qu'il met à faire le tour des organes ?

6. Eau.—Utilité de l'eau dans l'économie animale.—Différentes provenances de l'eau.—Dangers de celle de puits. A quels signes reconnaissez-vous qu'une eau est potable ?

Et maintenant j'ajouterai que ces cours sont donnés à l'Ecole Normale Jacques-Cartier (homme), par le Dr N.-G. Chabot, et à l'Ecole Normale des Dames de la Congrégation, par le Dr A.-D. Aubry, le sympathique lieutenant-colonel que tous connaissent.

— o —

Il y a plus, l'enseignement anti-alcoolique est à l'ordre du jour dans toutes nos écoles. L'enseignement oral est complété par des démonstrations à l'aide de cartes murales appropriées et des manuels dus à la plume de Sylvain, Rousseau ou Paradis.

J'ajouterai—et personne n'en sera surpris—que M Perrier, inspecteur de nos écoles de la ville, attache une importance capitale à ces questions et qu'il a l'oeil ouvert à leur mise en pratique efficace.

Qu'il y ait place encore au progrès, ici comme ailleurs, personne ne le niera. Où donc ne reste-t-il rien à perfectionner ? Mais nous savons que notre Commission Scolaire a le désir du progrès et de l'amélioration de ses enfants. Ainsi sommes-nous en position de dire que récemment encore, bien qu'elle ait à son service les conseils d'un architecte très entendu, elle a requis l'expérience toute spéciale d'un hygiéniste distingué, M. le Dr Valin, au sujet de ventilation et de dispositif de baies de lumière pour de nouvelles écoles.

Rome, dit le vieux proverbe, ne s'est pas fait en un jour ! S'il est des améliorations encore à réaliser au point de vue de l'hygiène scolaire chez nous,—reconnaissons les progrès accomplis par le passé,—et pour aider à la réalisation de la perfection, stimulons le zèle atténué de notre Conseil-de-Ville à accorder sans lésiner les subsides nécessaires pour continuer l'inspection médicale des écoles.

EUGÈNE SAINT-JACQUES

## Des Albuminuries

“L'albuminurie, disent Lacroché et Talanon, est caractérisée par la présence dans l'urine de l'albumine du sérum. La peptone, l'hémi-albumose, la mucine, l'hémoglobine, peuvent se trouver dans l'urine albumineuse ; mais si l'urine ne contient que ces albuminoïdes, isolées ou mélangées, à l'exclusion de l'albumine du sérum, elle ne saurait être dite albumineuse”.

Les Albumines du sérum sanguin sont la globuline et la sérine : dans le sang, et presque toujours aussi dans l'urine pathologique, la sérine est plus abondante que la globuline.

Il nous semble inutile de rappeler les modes de recherche et de dosage de l'albumine urinaire (chaleur et acide acétique, acide azotique, réactif d'Esbach, pesées, etc.) : nous passerons également sous silence les procédés permettant de différencier la sérine de la globuline.

Par contre, il nous semble intéressant d'indiquer brièvement comment on peut reconnaître la *peptonurie*, la *propeptonurie* ou *albumosurie*, et la *pseudo-mucinurie*,

Les peptones et les propeptones ou albumoses ne coagulent pas par la chaleur : ce seul caractère suffit à dissiper toute confusion entre la peptonurie et l'albumosurie, et l'albumosurie proprement dite.

Pour rechercher les *peptones*, il faut débarrasser l'urine de l'albumine et de la mucine (ajouter à l'urine de l'acétate neutre de plomb, faire bouillir, filtrer) : l'addition de tannin, d'alcool absolu ou de réactif de Fehling, détermine alors un précipité s'il existe des peptones.

Les *propeptonies* ou *albumoses* se différencient des peptones vraies parce qu'elles précipitent à froid par le sulfate d'ammoniaque à saturation.

La *peptonurie* a été signalée au cours de diverses maladies infectieuses (fièvre typhoïde, phthisie pulmonaire) dans les affections hépatiques, les suppurations osseuses, etc. Mais on tend de plus en plus à admettre aujourd'hui que la peptonurie est extrêmement rare, et que la plupart des cas antérieurement publiés comme tels ressortissent en général à l'albumosurie, ou encore à l'urobilinurie.

Quant à l'*albumosurie* ou *propeptonurie*, elle est un symptôme important de la sarcomatose multiple des os (Bence-Jones) ; en dehors de ce cas, on l'a observée dans la plupart des maladies infectieuses dans les affections digestives et hépatiques la leucémie, etc.

Les *pseudo-mucines* ou nucléo-albumines sont précipitées à froid par une solution saturée d'acide citrique, ou encore par l'acide acétique ; mais contrairement aux albumines vraies, l'acide acétique cesse de les précipiter à chaud. Le pseudo-mucinurie existe souvent, à un faible degré, à l'état normal ; elle est provoquée ou exagérée par les exercices musculaires prolongés, par la fièvre, etc... Sa signification véritable est encore assez mal connue.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces points, qui n'ont en somme qu'une importance très secondaire ; et nous ne nous occuperons plus que de la valeur sémiologique de l'albuminurie proprement dite, telle qu'elle est définie au début de cet article : nous nous en tiendrons au seul côté clinique, et n'entrerons dans aucune considération de physiologie pathologique.

Les causes de l'albuminurie sont multiples : mais on peut les ranger sous trois chefs principaux : le plus souvent en effet, elle apparaît au cours de maladies soit aiguës, soit chroniques : plus rarement, elle survient au cours d'une santé satisfaisante en apparence : ce dernier cas correspond au groupe assez complexe des albuminuries dites fonctionnelles, dans lequel rentre en particulier l'albuminurie orthostatique. Nous étudierons donc successivement les *albuminuries aiguës*, les *albuminuries chroniques*, les *albuminuries dites fonctionnelles*.

## I.—ALBUMINURIES AIGUES

Sous ce nom, nous comprenons, avec M. Castaigne, "tous les cas dans lesquels l'albuminurie fait son apparition au cours d'une intoxication ou d'une infection aiguë, avec une série de signes morbides qui permettent de dire qu'on a affaire à une néphrite aiguë, sans qu'on puisse en préciser la cause".

Nous avons donc à étudier successivement le rôle des infections et intoxications aiguës, et le rôle des néphrites aiguës *a frigore* ou de cause indéterminée.

*Maladies infectieuses et intoxications aiguës.*—D'après Lecorché et Talamon, l'albuminurie est constante au cours des *maladies infectieuses* aiguës : "Nous affirmons, disent-ils que, passagère ou intermittente, en proportion minime ou moyenne, jamais l'albuminurie ne fait défaut dans les maladies aiguës fébriles, au moins chez l'adulte. La règle est peut-être moins absolue chez l'enfant : nous manquons de données à cet égard. Mais dans toute maladie aiguë de l'adulte, quelles que soient sa nature et sa localisation, pourvu seulement qu'elle ne reste pas à l'état d'ébauche, on trouve constamment, à un moment donné de son évolution, de l'albumine dans l'urine." Il est vrai que, pour la constater, il est absolument nécessaire, d'une part d'examiner l'urine tous les jours (cette albuminurie pouvant être passagère), et d'autre part de tenir compte de très faibles quantités d'albumine, que l'on ne peut déceler que par des réactifs spéciaux (albuminurie minima) : "L'examen de l'urine, disent encore Lecorché et Talamon, doit être quotidien. En outre, il ne faut pas se contenter d'un examen superficiel. Il importe de recourir aux réactifs les plus sensibles : l'acide nitrique par le procédé de Gubler, la solution saturée d'acide picrique à chaud, les réactifs de Tauret, de Millard et d'Olivier. Les résultats fournis par ces réactions doivent être contrôlés les uns par les autres. Il ne faut pas oublier, en effet, que les causes d'erreur sont nombreuses quand il s'agit d'urines fébriles ; que l'excès d'acide urique, de mucus, la présence de peptones, de substances médicamenteuses comme la quinine, peuvent faire croire à une albuminurie, mais aussi en masquer l'existence."

Cela posé, il est nécessaire d'envisager séparément l'albuminurie de la période d'état et l'albuminurie de la convalescence des maladies infectieuses.

*A la période d'état*, dans bon nombre d'infections aiguës, et sans que l'on puisse incriminer une lésion grave du rein, les urines contiennent une quantité d'albumine assez notable (0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigr.) pour

être facilement décelée par les procédés usuels de recherche ; il ne s'agit donc pas d'une albuminurie minima.

D'après M. Brault, les maladies dans lesquelles ce phénomène est le plus souvent observé sont : la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, la diphtérie. Avec une fréquence encore très grande, quoique un peu moindre, l'albuminurie peut être nettement constatée dans la scarlatine. Elle est plus rarement notée dans le rhumatisme articulaire aigu, la rougeole, la variole, et, plus rarement encore dans les amygdalites, les oreillons, la varicelle.

Mais, ce qu'il est utile de connaître, c'est l'évolution et la gravité de cette albuminurie dite *albuminurie fébrile*. A cet égard, plusieurs éventualités peuvent se présenter : "La plupart du temps, dit M. Castaigne, l'albuminurie apparaît au moment de la période d'état de la maladie ; elle ne s'accompagne pas d'autres modifications urinaires que celles qui sont commandées par la maladie infectieuse elle-même. En général, cette albuminurie disparaît au moment de la convalescence : c'est l'albuminurie due aux néphrites passagères des infections et des intoxications atténuées.—Mais il peut se faire que l'albuminurie soit d'emblée plus grave, et se complique rapidement d'oligurie et d'anurie entraînant la mort. il s'agit alors de néphrites suraiguës, dans lesquelles c'est l'anurie et non l'albuminurie qui commande le pronostic.—Dans d'autres cas, l'albuminurie est associée à toute une série de symptômes (diminution de la quantité des urines, œdèmes, symptômes), qui permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une néphrite aiguë proprement dite".

Le plus souvent l'albuminurie de la période d'état des maladies infectieuses ne s'accompagne pas d'autres symptômes de lésion rénale ; elle guérit quand s'annonce la convalescence. Mais l'albuminurie peut soit persister, soit apparaître pendant la convalescence, et elle comporte alors une signification un peu différente.

En effet, l'*albuminurie de la convalescence* doit le plus souvent être considérée comme le symptôme d'une véritable néphrite. L'exemple de la *scarlatine* est, à cet égard, tout à fait significatif. Pendant la période d'état de la scarlatine, en effet, au moment de l'éruption, les urines sont rares, foncées, chargées en urates ; quelquefois on y décèle un nuage d'albumine, mais cette albuminurie précoce n'a nullement l'importance et la gravité de l'albuminurie tardive, révélatrice de la néphrite scarlatineuse. Celle-ci survient vers la troisième semaine, pendant la convalescence. Le plus souvent le début en est insidieux et n'en est annoncé que par l'apparition de



l'albumine dans les urines. Il est de règle absolue d'examiner régulièrement, tous les jours ou tous les deux jours, les urines des scarlatineux, afin de reconnaître à temps cette complication. Il faut bien savoir en outre que la néphrite survient aussi bien dans les scarlatines les plus sévères que dans les plus intenses ; et que c'est surtout dans les cas où, l'angine étant modérée et l'éruption très fugace ayant passé inaperçue, le malade n'a pris aucune précaution et a continué à s'alimenter, qu'apparaît le plus fréquemment la néphrite. Celle-ci peut se révéler brusquement par des accidents d'urémie, soit dès son début, soit après être restée latente plus ou moins longtemps. Cette néphrite de la convalescence de la scarlatine, (tous en ont eu l'expérience, peut-être donnée) comme un des types des néphrites aiguës : il est donc inutile d'en rappeler aujourd'hui les symptômes et la gravité.

Ce que nous venons de dire de la scarlatine pourrait être répété à propos de toutes les maladies infectieuses : d'une manière générale, l'albuminurie fébrile de la période d'état n'est que rarement l'indice d'une véritable néphrite aiguë ; au contraire, l'albuminurie persistant ou apparaissant au moment de la convalescence est souvent un accident plus sérieux.

Parmi les infections susceptibles de déterminer une albuminurie aiguë, il faut faire une place spéciale à la *syphilis à la période secondaire*, la néphrite syphilitique secondaire est une *néphrite aiguë* avec *grosse albuminurie* pouvant atteindre et dépasser 20 gr. par litre, et gros œdèmes, et guérissant par le traitement mercuriel.

Quant aux *intoxications aiguës*, elles peuvent toutes produire l'albuminurie : celle-ci est passagère et sans grande gravité si l'intoxication est légère ; au contraire, dans les cas de grand empoisonnement, l'albuminurie est très abondante, en même temps que les urines deviennent extrêmement rares, extrêmement épaisses, et souvent franchement hématuriques ; alors la mort survient rapidement par néphrite aiguë ou suraiguë. La cantharide, le sublimé, le phosphore, l'arsenic, sont parmi les substances qui provoquent le plus facilement l'albuminurie. Mais, comme le dit M. Jeanselme, "il n'est pas un médicament dont l'usage prolongé ou à trop hautes doses ne puisse déterminer l'albuminurie".

*Néphrite aiguë à frigore ou de cause indéterminée.*—Nous nous bornons à rappeler ici le rôle des néphrites à *frigore* ou de diverses néphrites aiguës dites primitives parce que leur cause nous échappe. Ces néphrites ont dans leur ensemble une symptomatologie identique à celle de la néphrite scarlatineuse.

Pour ce qui est des albuminuries chroniques, nous nous en entretiendrons prochainement.

## LETTRE DE BERLIN

(De notre correspondant spécial)

BERLIN, décembre 1907.

Quantité d'événements se sont passés depuis ma dernière correspondance. Tout d'abord je noterai l'installation de deux nouveaux cliniciens.

Le professeur von Leyden, doyen des trois cliniciens en médecine de la Charité, s'étant retiré, le professeur His, fils de l'embryologiste si connu, fut appelé de Göttingen à lui succéder. Il y eut, tout une petite fête à la quelle prirent part les amis et anciens élèves du vieux maître. Senator, Frankel, Lazarus, Blumenthal, adressèrent la parole et von Leyden, en termes émus, remercia ses collaborateurs, évoqua les grandes figures de ses maîtres à lui, Schonlein et surtout Traube, et rappelant le souvenir de Virchow, il insista sur ces paroles du célèbre pathologiste : "que le médecin est le protecteur naturel des pauvres."

Une autre succession se trouvait aussi ouverte avec la mort de von Bergmann. L'Université appela comme son successeur à la première clinique chirurgicale d'Allemagne le professeur Bier de l'Université de Bonn. Le jeune professeur, puisqu'il touche à peine à la cinquantaine, a fait son cour inaugural devant un immense auditoire. Les gradins de la clinique impériale de Ziegelstrasse étaient bondés à leur maximum.

Peu de professeurs ont eu une ascension aussi rapide que celle de Bier. Chirurgien à l'hôpital d'Altona de Hambourg, où des travaux de clinique et de pathologie avaient mis depuis longtemps son nom à l'avant, il venait à peine depuis une couple d'années d'être appelé à la succession de Schede, à Bonn sur Rhin, que s'ouvrait déjà celle de Bergmann. Les titulaires des cliniques plus importantes que Bonn, telles que Leipsick et Munich, avaient certains droits à cette succession. Mais le Conseil universitaire de Berlin alla chercher le brillant professeur de Bonn. Ses recherches expérimentales sur la pathogénie et le traitement du cancer et surtout le traitement par l'hypérémie veineuse auquel il a laissé son nom le mettaient au tout premier rang des candidats.

D'une parole facile, le professeur Bier nous retraça la carrière si brillante de von Bergmann, Chirurgien d'armées durant trois campagnes, 1866-70-78, il fut regardé comme une autorité en chirurgie de guerre. Entre ses campagnes il continua l'enseignement de la chirurgie où il se fait déjà fort remarquer, et c'est à Wurtzbourg



qu'on vient le chercher à 46 ans pour succéder à von Langgenbeck, à Berlin. Depuis lors et graduellement il devient le grand maître de la chirurgie allemande. Il eut des rivaux de grande valeur Miekulicz, von Bruns, Trendelenburg - qui jusqu'à la fin restèrent ses collaborateurs et ses amis. Quelque chose de particulier se détache de cette carrière si bien remplie. Von Bergmann ne fut pas seulement un brillant opérateur, il fut un chirurgien dans la plus grande, la plus large acception du mot. Diagnosticien d'une grande précision et chirurgien par vocation, la médecine lui était aussi familière, doublé qu'il était d'un physiologiste émérite et d'un pathologiste de valeur. D'une activité scientifique énorme, ses publications médicales sont nombreuses et touchent non-seulement à la chirurgie, mais aussi à la pathologie générale.

Tous ses anciens élèves aimeront à se rappeler avec quelle aisance le maître donnait ses cliniques et avec quelle facilité il tenait leur attention. Au professeur Bier échoue une succession de première valeur ; nous ne doutons pas que le jeune maître ne sache maintenir la renommée de l'École de Berlin au premier rang.

\* \*

La Société Médicale de Berlin a repris ses séances, toujours suivies par une foule de médecins, dont le chiffre atteint jusqu'à 300 et parfois davantage. C'est vraiment un beau spectacle que de voir cette immense salle bondée.

\* \*

L'on a ouvert à l'université de Berlin un Bureau de Renseignements, où l'on fournit tous les renseignements aux médecins venant à Berlin dans un but d'étude. C'est là une amélioration qui aidera à conserver à Berlin la faveur des médecins étrangers.

\* \*

La Haute Cour de l'Empire vient de rendre un jugement important, qui est loin de rencontrer une approbation unanime : à-savoir : qu'il est illégal pour les médecins d'une localité de s'unir et fixer un tarif pour honoraires professionnels. La cour se plaça à ce point de vue élevé que les médecins étaient animés du désir de soulager leurs semblables et ne s'attendaient pas à être rémunérés pour la valeur vraie de leurs services ; et qu'ainsi donc reconnaître un tarif serait amoindrir leur dignité. (!..?)

Le Prof. Neisser l'éminent syphiligraphie, est parti à Batavia pour poursuivre des expériences sur la syphilis. Les singes y abondent et serviront de sujets d'expérimentation.

Koch continue ses travaux importants en Afrique sur la maladie du sommeil et les trypanosomes. Ses travaux actuels ajouteront encore sans doute à nos connaissances actuelles de la pathogénie de certaines maladies infectieuses.

Pour reconnaître le mérite du savant, on vient d'organiser un comité national sous la présidence du Ministre d'Etat Prussien pour assembler les fonds nécessaires à l'établissement d'un Institut Koch, semblable à l'Institut Pasteur et l'Institut Lister, et qui sera destiné aux recherches contre les maladies infectieuses et plus spécialement contre la tuberculose et le bac. de Koch.

\* \*

L'Institut Pathologique de Leipsich continue à augmenter son influence depuis qu'elle occupe ses nouveaux quartiers, si spacieux et emménagés dans les derniers perfectionnements. Les collections de son Musée, à bon droit fameux, possèdent près de 6000 spécimens. On fait à l'Institut plus de 1000 autopsies par année. Les 28,000 autopsies de Rokitansky seront dépassées avant qu'il ne soit longtemps.

\* \*

La ville de Dusseldorf sur le Rhin, vient de fonder à ses frais une " Académie de Médecine Pratique," école libre destinée à l'enseignement avancé de la médecine. Médecine, chirurgie, gynécologie et obstétrique, électro et hydro-thérapie oto-rhino-laryngologie, maladies infectieuses, ... tous les départements y sont en activité. Quelques 800 lits sont affectés aux différents services. Les laboratoires sont installés avec tout ce que la science a trouvé de plus perfectionné. Rien n'a été ménagé : c'est donc dire que l'École, dont les Professeurs sont parmi les plus distingués de l'Allemagne, commande dès son début une grande réputation.

\* \*

Au Congrès des Neurologistes allemands tenu à Dresde, Krause, de Berlin, fit part de résultats très encourageants consécutifs à opérations craniennes pour épilepsie jacksonienne. L'expérience lui a appris que la cicatrization post-opératoire ne donne pas lieu aux

troubles fonctionnels que cause la cicatrisation des autres lésions traumatiques ou inflammatoires.

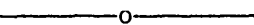
Bruns, de Hanovre, traite des tumeurs de la moëlle dorsale et insista sur la difficulté d'un diagnostic de localisation précise.

\* \* \*

A la réunion des Naturalistes allemands, Burker insista pour que dans le traitement opératoire des varices l'on ne se contente pas de ligaturer les veines, mais qu'on en enlève des fragments.

Kronig, de Freiburg, rapporta mille analgésies spinales, sans mauvais résultats. Quant à l'anesthésie par la scopolamine-morphine Steffin, de Dresde, recommande la prudence, surtout en pratique.

Tels sont les faits les plus saillants dans notre monde médical durant ces dernières semaines.



## Pathologie Clinique et Thérapeutique

### CHIRURGIE

*Tuberculose Testiculaire.* — D'après une étude détaillée de Keeves, jr, (in *Annals of Surg.*), portant sur cent cas, personnellement observés,—il appert que cette affection est rarement primaire, mais généralement secondaire à une localisation antérieure dans un autre organe, habituellement du système génito-urinaire. 53 malades sur cent présentaient une lésion bi-testiculaire. Sa fréquence la plus grande est de 20 à 35 ans. La stérilité serait fréquemment, sinon constamment présente, même dès l'apparition de la maladie au premier testicule.



*Rétrécissement de l'urèthre.* — 25 ans d'expérience dans le traitement des affections urinaires ont amené Watson aux conclusions suivantes :

1° L'urétrotomie interne est la méthode de choix dans les strictures de l'urèthre.

2° L'électrolyse n'a pas fait ses preuves et doit être abandonnée.

3° La dilatation graduelle donnerait les meilleurs résultats dans les rétrécissements de l'urèthre postérieure. Mais les séances de dilatation déterminent-elles des pous-

sées de "fièvre urinaire", ou n'amènent-elles aucun progrès rapide et permanent,—qu'il y a lieu de recourir à l'uréthrotomie interne.

4 L'uréthrotomie interne n'est que le premier pas du traitement et sous condition de ne pas donner le résultat cherché, doit être suivie de dilatation immédiate et répétée à intervalle.—*Boston M. and S. Journal 1901.*



*Orchites aiguës "non gonococciques".* — N'accusons pas toujours le gonococque de tous les méfaits urinaires : en voici la preuve. Hirschberg rapporte (*in Munch Med. W. 1907*) le cas d'un homme qui, libre de syphilis, gonococcie et tuberculose, développa soudain en pleine santé une orchite-épididymite aiguë très douloureuse. L'examen bactériologique de l'urèthre, de la prostate, des vésicules séminales et de l'urine fut négatif. L'incision de l'abcès donna un pus verdâtre qui ensemencé produisit une culture pure de *bac. pyoïdique*. L'examen du sang demeura toujours négatif et le pouvoir agglutinant de son sérum d'abord négatif devint positif au 1/1000 durant la convalescence. Impossible d'établir le mode d'entrée du bacille.

Cette observation d'orchite-épididymite aiguë non gonococcique est loin d'être unique. C'est ainsi que sur nos fiches d'observations cliniques nous relevons 3 cas observés par Lucas, et rapportés dans le *Brit. Med. Journal 1903*. Chez les trois malades l'agent infectieux "grippal" était en cause. Voici d'ailleurs l'une de ces observations. Homme, 31 ans, bien portant, sans antécédents héréditaires ni personnels, n'ayant jamais eu ni blennorrhagie, ni syphilis, ni tuberculose. Pris d'une attaque d'influenza, au huitième jour de laquelle il développe une orchite-suraiguë. Tout se calme graduellement et voilà qu'un mois après, les mêmes phénomènes se présentent du côté opposé.

Ne rapportions-nous pas nous-mêmes ailleurs un cas "d'orchite ourlienne" suivie de nécrose du testicule. Ces complications du testicule—ou de l'ovaire—au cours de la parotidite, peuvent nous donner la clef de certaines stérilités, inexplicables par ailleurs.

La "Typhoïde" elle-même, susceptible de tant de méfaits, a plus d'une orchite à son crédit. Berjouniouz en rapportait 3 cas à la Société Médicale des hôpitaux de Paris, 1903.—Descarpentiers a vu survenir une orchite aiguë chez un enfant de 11 ans, à qui l'on dut mettre une sonde vésicale à demeure, à la suite d'une opération pour la postopias périnéo-scrotale. Et j'en citerais encore.

*Inragination intestinale chez le nourrisson.*— Jeune âge (3 à 12 mois), douleurs, ballonnement, expulsion de mucosités sanguinolentes par l'anus, — tels en sont les symptômes nets et constants, nous dit Kirmisson. Il faut tenter tout de suite la réduction — sous chloroforme — par massage et lavage de l'intestin. En cas d'échec, la laparotomie : la précocité de l'intervention est la grande chance de salut. Mais le pronostic n'en reste pas moins de même toujours grave.

—o—

*Fractures du coude.*— Il ne faut pas les immobiliser longtemps, crainte d'ankylose, tel le veut Roederer : — ni les mobiliser trop tôt, crainte de cal exubérant. 12 à 15 jours d'appareil fixe, en général : — puis mobilisation très douce et progressive, avec — dans l'intervalle des séances — un appareil amovible.

—o—

*Hernies.*— Bull & Coley viennent de donner (in *Journal A. M. A. 1907*) leurs conclusions résultant de 2032 cas d'opérations personnelles pour la cure radicale de la hernie, faites au Ruptured and Cripple Hospital, de N. Y., depuis 1890.—1528 cas de hernie inguinale chez l'homme, et 374 chez la femme. En revanche, pour la hernie fémorale—et c'est là une vieille constatation clinique, la femme reprend les honneurs, avec 56 cas,—tandis que cette variété ne fut constatée que 20 fois chez l'homme.

La balance se composait de hernies ombilicales, ventrale, épigastrique et un cas de hernie lombaire.

Cette statistique s'applique surtout aux enfants, hospitalisés de préférence à cette institution,—puisqu'en effet les adultes ne figurent à ce grand total que pour 137 cas. 24 opérations pour hernie étranglée. Sur le total une mort,—femme très grasse portant une hernie ventrale étranglée.

Quant aux indications thérapeutiques. voici : Si les chirurgiens français et anglais, disent-ils, semblent enclins à opérer les jeunes enfants, voire même les nourrissons parfois,—nous croyons que jusqu'à 4 ans, un bandage herniaire, approprié, amène souvent la guérison ; —que jusqu'à cet âge l'étranglement est très rare : qu'après 4 ans, l'opération est la thérapeutique de choix, le bandage n'amenant pas la guérison après cette date.

### La Péricardite chez les enfants

Dans une des dernières séances de la Société des Médecins de la Charité de Berlin, le prof. Heubner a fait une très intéressante communication sur la péricardite oblitérante chez les enfants. En voici un résumé substantiel :

A.—Le rhumatisme articulaire ne joue pas un rôle bien considérable dans la pathologie infantile ; en sept années, le nombre des cas de rhumatisme articulaire aigu admis en traitement à la clinique des maladies infantiles de l'Université de Berlin s'est élevé à 27 et le nombre des cas de chorée à 77.

Chez les enfants, le rhumatisme articulaire aigu constitue une maladie grave, pour cette raison qu'il se complique d'une certaine forme d'affection cardiaque, beaucoup plus rare à se montrer dans le cours du rhumatisme articulaire aigu de l'adulte ; il s'agit de la péricardite oblitérante. Voici quel est son mode habituel d'évolution :

Dans le courant du second ou du troisième septenaire de son attaque de rhumatisme, quelquefois plus tard, l'enfant est pris de l'endocardite classique, laquelle se complique tôt ou tard d'une péricardite ; voir que celle-ci peut devancer l'endocardite.

La péricarde est envahi par un épanchement abondant, contre lequel on institue le traitement habituel. Au besoin on le ponctionne.

L'épanchement se résorbe peu à peu ; l'enfant ne se rétablit pas. Une pleurésie s'établit d'un côté ; au bout de quelques mois elle envahit l'autre côté.

Il arrive que la pleurésie rétrocede d'un côté, ou des deux ; néanmoins, le petit malade ne récupère pas la santé. Il redevient à même de se lever, mais il reste en fort mauvais état.

Il traîne ainsi pendant des mois. Puis, du jour au lendemain la situation s'aggrave ; l'enfant présente les signes d'une adynamie cardiaque, à laquelle il succombe inopinément.

Telle est la marche de la forme classique de la péricardite rhumatismale oblitérante de celle qu'on peut suivre du commencement à la fin.

\* \* \*

présente chez les enfants, sous les dehors d'une lésion cardiaque vulgaire.

Il y a lieu de rappeler à ce propos que chez les enfants les affections cardiaques valvulaires ou d'orifice sont relativement rares, et que d'une façon générale la compensation s'établit très bien et se maintient telle. On n'en a observé que 26 exemples, dans le service de Heubner, puis 1897, dont 6 seulement ont abouti à un dénouement fatal. Dans 5 cas sur 6 on a constaté, à l'autopsie, l'existence d'une endocardite oblitérante. Dans le sixième cas il y avait bien en jeu une affection cardiaque organique et chronique mais avec poussée intercurrente aigue, au cours de laquelle il s'était formé un vaste épanchement péricardique. Donc, dans ce sixième cas le péricarde avait été intéressé à l'issue fatale, sans qu'il y ait eu formation d'adhérences péricardiques.

Dans les 5 autres cas, il s'agissait en somme, d'enfants qui, depuis trois ou quatre années, présentaient les signes d'une lésion cardiaque passablement bien compensée. Puis, en un espace de temps, relativement court, le cœur devenait insuffisant : on était à même de constater le développement d'une hypertrophie cardiaque considérable, avec dilatation prononcée du cœur droit, insuffisance tricuspéenne secondaire, pouls veineux, ascite. Malgré tous les efforts faits en vue d'enrayer la marche de la maladie, les enfants ont succombé en très peu de temps. Ainsi qu'il a été dit, l'autopsie a révélé la coexistence d'une lésion valvulaire ou d'orifice et d'une péricardite oblitérante, avec adhérences du péricarde aux organes avoisinants, sternum, médiastin, diaphragme.

\* \* \*

C.—Une troisième forme de péricardite chronique, qu'on observe chez les enfants, est d'origine tuberculeuse. Heubner en a observé 3 exemples ; dans les trois cas, les deux feuilletts du péricarde adhèrent l'un à l'autre dans toute leur étendue.

## Le sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac

Préconisé dès 1849 par Monneret, le sous-nitrate de bismuth n'est entré dans la thérapeutique courante des maladies digestives que depuis les recherches de Fleiner et de M. Hayem : les règles qui doivent présider à son emploi viennent d'être exposées dans la thèse de M. Ruault (Paris), et dans un article de M. Lion, publié par les *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*.

Pris à l'intérieur, le sous-nitrate de bismuth pur n'est pas toxique, même à doses élevées, comme le démontrent d'innombrables observations. La plus typique est celle de M. Mathieu : elle concerne un malade qui, en quatre-vingts jours, prit mille grammes de cette substance. Cet homme était déjà porteur d'une stomatite : elle ne fut pas augmentée, et on n'observa pas de lésion gingival. On nota seulement un très léger degré de pigmentation de la face. Le malade n'avait pas diminué de poids et même se sentait beaucoup plus fort qu'avant le traitement. Toutes les observations à intoxication plus ou moins sérieuse qui ont été rapportées sont consécutives à l'application du médicament à l'extérieur.

Quels sont les effets thérapeutiques du sous-nitrate de bismuth ? C'est, avant tout, le *médicament de la douleur* (Hayem). Dans les affections gastriques, en même temps qu'il fait céder la douleur, il arrête la disparition des phénomènes réflexes à point de départ gastrique. Il agit favorablement contre la gastrorrhagie. Enfin, il combat utilement les fermentations anormales.

L'action du sous-nitrate de bismuth contre les douleurs s'exerce dans la plupart des cas. Les premiers observateurs l'utilisèrent dans les formes douloureuses des gastrites et des dyspepsies et, d'après M.M. Hayem et Lion, il peut être employé avec autant de succès chez les hypopeptiques et même chez les apeptiques que chez les hyperpeptiques. L'amendement est obtenu quel que soit la forme de la douleur : douleur précoce ou tardive, crampes ou brûlures, douleurs atroces ou simples sensations de pesanteur, de gêne, de fringale.

Dans les dyspepsies nerveuses, dans les crises gastriques d'origine centrale, le bismuth échoue.

Dans l'ulcère simple, l'emploi du sous-nitrate, de bismuth est aujourd'hui classique (Kussmaul, Fleiner) : il calme les phénomènes douloureux, les accidents réflexes, et permet une évolution plus rapide et plus sûre de la lésion. Dans le cancer de l'estomac, on obtient, dans bien des cas, une action sédative très remarquable, mais momentanée, signe excellent lorsqu'on hésite entre un ulcère et un néoplasme gastrique.

La plupart des phénomènes réflexes qui accompagnent les gastropathies : spasmes et vomissement, sialorrhée, éructations, aéro et sialophagie, sont dissipés par la cure de bismuth.

Dans les gastrorrhagies, le sous-nitrate de bismuth constitue un médicament des plus précieux ; Fleiner conseille alors de le faire avaler à jeun à la dose de 10 grammes dans 200 grammes d'eau.

Enfin le sous-nitrate de bismuth est doué d'un pouvoir peu douteux contre les fermentations anormales, comme le prouvent les faits rapportés par M.M. G. Lion et Ruault.

Comment agit le bismuth ? M. G. Lion admet que : 1° il a une action physique qu'il exerce en s'étalant uniquement à la surface de la muqueuse et en la protégeant contre l'influence irritante du contenu stomacal, d'où la sédation des phénomènes douloureux ; 2° il y a une action chimique, qui entre en jeu dans les cas d'hyperpepsie,

amenant la disparition presque complète de l'hyperchlorhydrie, diminuant considérablement l'énergie du processus digestif, précipitant, dans certaines conditions, l'évolution digestive et l'évacuation de l'estomac ; 3° il agit sur les fermentations anormales, par son action isolante, ainsi que par son pouvoir antiseptique qui est probablement dû en partie à la mise en liberté d'acide azotique.

Comment donner le bismuth ? Actuellement, Kussmaul et Fleiner, M. Hayem donnent de fortes doses de 15 à 20 grammes *pro die*.

Moneret donnait le médicament dans la journée, surtout avant les repas ; cette méthode est abandonnée aujourd'hui ; d'après M. G. Lion, elle pourrait cependant donner de bons résultats dans le cas où la digestion gastrique se prolonge d'une façon anormale.

---

## PATHOLOGIE

---

*Cancer du jeune âge.*—Nous savons tous que le cancer est une affection spéciale à la seconde moitié de la vie,—de préférence après cinquante ans. Mais le cancer à ses exceptions, comme tout autre état pathologique. Nous rapportons nous-même ailleurs un cas de cancer de l'S sigmoïde chez un enfant de 12 ans, dont la première manifestation clinique avait été de déterminer une occlusion intestinale aiguë. C'était un adéno-carcinome des plus typiques.

Bernouilli (Archives F. Vandan), rapporte trois observations personnelles de cancer de l'estomac avant 20 ans, et examine 47 autres cas. 13 fois la localisation intéressait l'estomac ; 3 fois, l'intestin grêle ; 5 fois, le côlon ; 8 fois, l'os iliaque et 21 fois le rectum.

Quant à la forme histologique, le cancer colloïde constitue la variété la plus fréquente.

La symptomatologie ne diffère guère de celle des sujets âgés : la cachexie est cependant plus rare ; l'évolution est beaucoup plus rapide. Dans 19 cas la durée a été de 5 mois et 20 jours ; pour 9 autres cas, dans lesquels on procéda à l'extirpation de la tumeur, la durée de la maladie a été en moyenne de 21 mois et 12 jours. Une durée de plus d'un an n'a été notée qu'une seule fois.

Mais voici qui est encore mieux : Une enfant de 7 ans se plaint de douleurs dans l'abdomen, rapporte Parry (in *The Lancet* 1907). En quelques semaines le ventre grossit au point de nécessiter la laparotomie pour une grosse masse, qui fut trouvée être l'ovaire droit. Liquide ascitique clair. Beaucoup d'adhérences. Convalescence sans incidents. Quatre mois plus tard il y avait

récidive, dont mourait la petite malade. Carcinome, tel fut le diagnostic microscopique.

### *Phtisie pulmonaire sans bacilles de la tuberculose.*

—Le Dr Kaurin insiste sur ce que la phtisie pulmonaire peut évoluer sans que l'examen répété des crachats fasse découvrir le moindre bacille de la tuberculose. Chez les malades en traitement au sanatorium de Reknes, la proportion des cas de phtisie de cette catégorie atteint en moyenne 20%. Ce n'en sont pas moins des cas de phtisie tuberculeuse, et c'est à tort, selon Kaurin, qu'on se baserait sur les résultats négatifs de la recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats, pour écarter le diagnostic de tuberculose, dans les cas susdits (*Norsks, Mag. for Lægevid.*)

### *Paralysie générale à symptomatologie tabétique.*

—Si la paralysie générale débute parfois par des symptômes tabétiques,—c'est que la sclérose et les dégénérescences ont touché la moelle avant le cerveau, nous dit Joffroy. Plus tard, des symptômes cérébraux caractéristiques précisent le diagnostic jusque là hésitant.

*Sclérose alcoolique.*—Que l'alcool ne soit pas l'agent toxique et sclérosant qu'on le croyait, voilà ce qui ressortirait des constatations de Baumgarten (*in Berlin. Klin. Woch.*) A la suite de nombreuses expériences chez des animaux variés, il ne put constater cette sclérose prétendue. Bien plus durant ses quinze années de service à Königsberg, il ne trouva 5 à 6 pour cent d'alcooliques autopsiés montrant la cirrhose hépatique connue. Avec Hansemann il conclut que l'alcool n'est qu'un agent prédisposant à la sclérose, soit en pervertissant le chimisme stomaco-intestinal, soit en altérant la paroi du tube digestif et favorisant aussi une absorption plus facile des toxines intestinales.

*Le microscope* est souvent cause de découvertes intéressantes. Ainsi dernièrement Welsh rapportait (*Med. Rec.* 1907) avoir découvert un follicule de de Graaf contenant deux ovules.—Plus intéressante encore est la découverte par Kabachnikoff, de l'Université de Tomsk, d'un groupe de cellules cylindriques ciliées dans une coupe de la rate d'un typhique. De structure identique

à celles de la trachée, elles furent trouvées sur plusieurs préparations, en plein tissu normal de la rate et à diverses profondeurs. Aucune trace de néoplasme dans aucun autre organe. La théorie de Cohnheim, qui réclame une inclusion hétéroplastique congénitale comme cause des tumeurs, ne recevrait-elle pas ici une certaine sanction ?

EUGÈNE ST-JACQUES.

## SOCIÉTÉS MÉDICALES

L'Association Médicale de l'Ouest de Montréal a tenu ses élections le 18 courant.

Les officiers dont les noms furent élus pour 1908 : Président honoraire : M. le Dr É.-G. Asselin, gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province ; vice-président : M. le Dr L.-N. Delorme, professeur d'anatomie à l'Université-Laval ; Membres du comité de régie : M. les Drs J.-W. Colletette et G.-E. Cartier ; trésorier : M. le Dr J.-O. Lapointe ; secrétaire : M. le Dr J.-M. Aumont.

M. le Dr J.-B.-A. Lamarche, professeur à l'Université-Laval, qui nous favorisa d'une conférence essentiellement pratique et d'actualité, intéressa fort les nombreux médecins présents par sa verve et son érudition.

M. le Président se fit l'interprète de tous en présentant des remerciements au conférencier. Diverses correspondances furent lues. Il fut aussi question de subventions aux sociétés médicales, et ensuite l'assemblée s'ajourna au mois de février.

Le secrétaire,

J.-M. AUMOND, M.D.

## Chronique Médicale

La lutte contre la tuberculose ne doit pas pour un instant nous laisser indifférents. Aussi croyons nous devoir signaler à nos lecteurs le rapport annuel de la Canadian Ass. for the Prevention of Tuberculosis, que vient de nous adresser le Sec. Wm. Moore, Esq. Ottawa. A ceux qui veulent suivre les étapes de la lutte, nous conseillons la lecture de cet opuscule.

Nous y apprenons que de toutes parts l'on s'orga-

nise, —chaque province isolement, —puis une organisation maîtresse centralise et oriente les efforts

Le Sec. général visita l'an dernier 25 villes des provinces de l'Alberta, la Saskatchewan & de la Colombie Britannique, et fit 59 conférences dans des écoles et dans des halles publiques. Le Sec. du Bureau de Santé Provincial l'accompagnait et dans chacune de ces trois provinces, le Département d'Agriculture se chargea d'annoncer les conférences.

Depuis lors toutes les autres provinces furent visitées par le Sec. général.

Et maintenant pour ce qui touche spécialement Montréal, disons un peu l'excellent travail qu'y a fait la Ligue Antituberculeuse. Les officiers de la Ligue rapportèrent 256 nouveaux cas de tuberculose.

On envoya 46 malades aux "Incurables", —dont 36 aux frais de la Ligue, totalement ou partiellement (\$675).

On fit entrer un malade en Sanatorium. On paya pension à 8 malades, dont 5 à la campagne. On donna habit et nourriture à 81 malades. 244 malades vinrent au dispensaire, où furent données 1404 consultations. Les dépenses de l'année se chiffrent à \$2,668.17.

La mortalité par tuberculose à Montréal a été de 10.4 pour cent, dont 8.19 pour cent par tuberculose pulmonaire.

D'accord avec la résolution passée à la dernière réunion de la Canadian Antituberculous League, une députation composée de M. C.-N. Holt, C.R., avocat de la Ligue Anti-Tuberculeuse ; Dr E.-P. Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène Provincial ; Dr Louis Laberge ; Dr J.-A. Hentchison, du Conseil d'Hygiène de Westmount ; N. Walter ; J. Stethern et le lieutenant Burland de la Ligue Anti-Tuberculeuse, s'est présentée auprès du premier ministre, M. Gouin.

Cette délégation a soumis au premier ministre un projet de loi autorisant les municipalités à établir seules ou conjointement, des sanatoriums pour les tuberculeux, lorsque cinq citoyens, ou davantage constitués en corporation, en font la demande.

Les municipalités, en vertu du projet de loi proposé obtiendraient tous les pouvoirs nécessaires pour mener à bien l'établissement des sanatoriums : pouvoir de voter des règlements spéciaux, pouvoirs d'emprunt, droits d'expropriation, etc.

Le projet de loi énonce également que le gouvernement devrait payer aux sanatoriums ainsi constitués une

subvention de tant par tête, comme il le fait pour les asilés d'aliénés.

-o-

La lutte pour la tuberculose est-elle au moins récompensée par des succès ? L'Angleterre nous donne la réponse. Il est établi qu'en 40 ans la mortalité par la tuberculose y a été réduite de 50 p.c.

-o-

Notre Conseil Provincial d'Hygiène est une organisation de toute première activité. Voyez par exemple cette décision qu'il va mettre à exécution :

" Il est décidé d'inaugurer dans la Province une Conférence annuelle des officiers sanitaires, à laquelle tous les Bureaux municipaux d'hygiène sont invités à prendre part. Ces conférences, véritable école sanitaire, ont lieu dans un grand nombre d'États de l'Union Américaine, de même que dans la province d'Ontario, et elles ont invariablement donné les meilleurs résultats. Rien en effet ne peut produire de résultats plus pratiques que de réunir, pour ainsi dire en famille, les officiers sanitaires des différentes municipalités et de traiter devant eux des questions que chacun peut avoir à régler chez soi. Chacun peut y exposer les difficultés qu'il a déjà rencontrées et la solution donnée par la Conférence aide à surmonter les mêmes difficultés lorsqu'elles se présenteront dans une autre localité. La première conférence sera convoquée à Trois-Rivières en juin prochain."

Poussant son souci de l'hygiène dans toutes les directions, il veut qu'à l'avenir nos architectes soient plus connaissant des règles sacrées. Jugez bien la portée du voeu qu'il vient d'émettre :

"Considérant que, pour pouvoir faire face aux besoins de la Province, il importe qu'à côté de l'ingénieur-constructeur l'ingénieur-hygiéniste vienne dès à présent prendre place.

" Il est unanimement résolu de demander aux différentes écoles de génie civil de donner leur concours au Conseil d'Hygiène, et ce, en exigeant des candidats au diplôme de génie civil, la connaissance des diverses méthodes de purification des eaux d'égout."

Et comme les architectes sont les premiers que l'on consulte lorsqu'il s'agit de construire un édifice quelconque, le Conseil d'hygiène fait l'appel suivant à cette profession :

"Attendu que les établissements publics ventilés sont l'exception dans la Province, notamment les institutions scolaires ;

"Attendu que les établissements récents n'indiquent que peu ou points d'amélioration dans cette direction ;

"Le Conseil d'hygiène fait appel à la profession des architectes pour l'aider à réagir contre cet état de choses déplorables.

"La présente délibération sera adressée à l'association des architectes de la province de Québec."

-o-

Applaudissons au bon sens et à la clairvoyance de la Belgique ! Les chambres belges viennent de voter une loi portant répression des assurances de mortalité enfantine. Cette loi stipule la nullité de toute clause d'assurance ayant pour objet le paiement d'une certaine somme d'argent en cas de décès d'enfant de moins de 5 ans ou en cas de naissance d'enfant mort-né.

Tout assureur, agent, inspecteur ou directeur d'assurance qui aura participé à la conclusion ou à l'exécution d'un pareil contract, frappé de nullité, sera passible d'une amende de 26 à 200 francs.

-o-

La faculté de Paris vient de se choisir un Doyen. A l'unanimité des voix—professeurs titulaires et professeurs agrégés réunis—le docteur Landouzy, professeur de clinique médicale, vient d'être élu doyen de la Faculté de Médecine. Depuis le 15 décembre, il remplace, dans ces fonctions difficiles, le professeur Debove, parvenu au terme de son mandat, et qui voulait n'être pas réélu.

Le nouveau doyen est né à Reims, le 27 mars 1845 d'un père qui fut le directeur éminent de l'École de médecine, et qui lui-même avait pour père un praticien distingué.

Nommé interne titulaire en 1871, il écrivit une thèse très remarquable sur "les Convulsions et les paralysies liées aux méningo-encéphalites." Il fut pendant trois ans le chef de clinique du professeur Hardy. Nommé en 1879 médecin du bureau central, et agrégé en 1880 avec une thèse très remarquable sur "les Paralysies dans les maladies aiguës," il prit, en 1882, un service à l'hôpital Tenon. C'est là qu'il commença de s'intéresser passionnément aux ravages de la tuberculose infantile, et qu'il naquit à l'hygiène sociale. En 1897, il prit à Laennec le service où il enseigna encore avec un grand éclat.

La Faculté l'élut en 1893 à la chaire de thérapeutique, qu'il ne devait quitter que pour une chaire de

clinique, et l'Académie de Médecine lui fit accueil la même année. Le professeur Landouzy est rédacteur en chef de la *Revue de Médecine* et de la *Berne Médicale*.

Le nouveau doyen écrit et parle une langue animée, intéressante, très personnelle, qui ne recule ni devant les "technicisms" abondants, ni devant les néologismes, ni devant rien de ce qui peut la rendre plus vivante, plus prenante, plus captivante pour l'auditeur ou le lecteur.

Pour un doyen, M. Landouzy réunit les plus grandes vertus : l'intelligence aigüe, le dévouement à la chose publique, la bonté d'âme et une droiture qui ne manquera pas de corriger ce que son naturel pourrait avoir d'un peu passionné.

Il sera merveilleusement secondé dans sa tâche par Mme L. Landouzy, soeur du professeur Reclus, veuve de M. Buloz, amie pleine de bienveillance de tous ceux qui, de près ou de loin, servent les lettres et la science.

—o—

On vient également d'inaugurer, à la Faculté de Paris, un enseignement pratique de l'électrocité médicale et de la radiologie. MM. André Broca, Zimmern et Turchini en sont chargés.

Le cours consistera en une vingtaine de leçons essentiellement pratiques par les démonstrations qui les accompagneront.

—o—

L'American Medical Association avait, il y a quelque temps, nommé une commission chargée de s'enquérir de la valeur de l'enseignement médical aux Etats-Unis et de la compétence des diverses écoles à leur tâche. Voici quelques-unes des principales conclusions de cette commission : elles ne laissent pas que d'être intéressantes :

"Que les Etats-Unis possèdent un trop grand nombre de Facultés de Médecine, leur nombre étant plus considérable que celui de toutes les Facultés de Médecine de l'Europe.

"Que les connaissances médicales des médecins américains sont bien inférieures aux connaissances des médecins européens.

"Que la moitié des facultés de médecine ne sont pas qualifiées pour enseigner la médecine."

—o—

Pendant qu'un groupe de médecins américains "à

la vapeur" demandent que les "préparatoires" à la médecine (lettres et sciences) soient réduites au minimum deux ans,—et que le curriculum médical ne dépasse pas quatre années,—il est réconfortant de voir qu'en haut lieu, là où l'on pense, on voit les choses d'un autre oeil. Ainsi, l'Université de Cornell qui, jusqu'ici, s'était contenté du diplôme du High School, demandera désormais le diplôme de Bachelier ou son équivalent. Et après 1910 il faudra en plus connaître les éléments de la biologie avant de se présenter pour étudier la médecine.

—o—

Les derniers rapports constatent que moins d'étudiants américains sont allés étudier aux Universités d'Allemagne que par les années passées. Pour en donner une idée, à la seule Université de Berlin, seulement 68 Américains et 27 Américaines sont portés aux registres contre plus de 200 il y a trois ans, et plus de 409 il y a dix ans.

—o—

Le Prof. Osler est toujours assez fortement pessimiste. C'est ainsi qu'il parlait dernièrement aux élèves du St. Mary's Hospital de Londres : "Soyez sceptiques en matières pharmaceutiques. Tel sera meilleur médecin qui sait l'inefficacité de la plupart des médicaments. Etudiez votre prochain, homme et femme, pour savoir les gouverner. Avant tout, rappelez-vous que la médecine est une vocation et non un trafic. Du moment où vous ferez de votre profession une question d'affaire,—votre influence n'existe plus et le souffle de la vie vous fait défaut."

E. ST-JACQUES.

—o—

## Intérêts professionnels

### Ré-admission à l'étude de la médecine

Le 27 décembre dernier, la "Commission spéciale" nommée par le bureau des Gouverneurs à sa dernière assemblée, et composée de MM. les Drs Normand, Simard, Foucher, Brochu, Plante et Laurendeau, s'est réunie à Montréal, à l'Université Laval, afin d'étudier la proposition de M. le Dr Simard, et l'avis de motion de M. le Dr Foucher au sujet des modifications à faire concernant les examens préliminaires à l'étude de la médecine.



La motion de M. le Dr Simard ainsi conçue : " Qu'à l'avenir les élèves qui auront conservé à chaque baccalauréat au moins la moitié des points, jouissent (comme inscrits) des mêmes privilèges que les bacheliers," n'a pas été soumise aux membres de la Commission, son auteur l'ayant retirée avant discussion. Etant donné que le Barreau et la Chambre des Notaires ferment leurs portes aux *inscrits*, il n'y a pas de doute que la profession approuve l'action de M. le Dr Simard, car il serait tout à fait injuste de mettre ces inscrits sur le même pied que les bacheliers, abaissant ainsi le niveau de la formation scientifique des jeunes gens qui désireraient étudier la médecine—lorsqu'il est reconnu que de toutes les professions libérales la médecine est celle qui demande la plus forte préparation intellectuelle.

-o-

La proposition de M. le Dr Foucher fut ensuite mise à l'étude. Elle se lit comme suit :

" Qu'à la prochaine assemblée du Collège des Médecins il proposera qu'à l'avenir l'examen préliminaire pour l'étude de la médecine soit divisée en quatre groupes, dont deux pour les sciences et deux pour les lettres ;

Que le premier groupe de sciences comprenne l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie ;

" Que le second groupe comprenne la chimie, le physique, la philosophie et la botanique ;

" Que le premier groupe de lettres comprenne le latin, la langue maternelle, le français ou l'anglais comme langue étrangère ;

" Que le second groupe de lettres comprenne les belles lettres, l'histoire et la géographie."

Les candidats devront conserver au moins la moitié des points affectés à chaque groupe, sinon ils seront obligés de reprendre le groupe sur lequel ils auront échoué. Le candidat qui, dans l'un quelconque des quatre groupes n'aura pas conservé dans une matière, le minimum de points exigé, devra recommencer tout le groupe".

La commission reconnaît qu'il est draconien pour ne pas dire injuste, d'obliger un malheureux qui a échoué son examen préliminaire sur une ou deux matières, après avoir passé les autres branches avec succès, de recommencer le tout subséquent. En conséquence la commission recommande au Bureau des Gouverneurs les modifications suivantes au programme actuel :

La résolution de 1902 scindant les matières dont se compose l'examen préliminaire à l'étude de la médecine, en deux groupes : les sciences et les lettres, reste acceptée

comme principe ; mais le nombre des points attribués à chaque matière est quelque peu modifié. Ainsi, il sera alloué :

## POUR LES LETTRES

Langue maternelle . . . . .	10
Latin . . . . .	6
Langue étrangère . . . . .	6
Histoire . . . . .	4
Géographie . . . . .	4
Littérature . . . . .	6

## POUR LES SCIENCES.

Arithmétique . . . . .	5
Algèbre . . . . .	3
Géométrie . . . . .	3
Physique . . . . .	10
Chimie . . . . .	5
Philosophie . . . . .	5
Botanique , . . . . .	2
Géologie, zoologie et astronomie . . . . .	5

Ces trois dernières sciences ; géologie, zoologie et astronomie sont ajoutées à l'ancien programme.—Les chiffres en regard de chaque matière représentent seulement le coefficient du nombre de points attribués à ces matières, et devra être multiplié par 20 pour donner le résultat définitif.

Enfin, la Commission est d'opinion qu'un candidat à l'étude qui aura conservé dans l'un ou l'autre groupe au moins 50 p.c. sur la somme totale attribuée à chacun de ces groupes et qui aura failli sur une ou plus d'une matière, ne sera tenu dans un examen ultérieur, à ne reprendre que les matières en défaut.

-o-

**Re-Currier-lum des études médicales**

Le jour même, la Commission exécutive du Bureau s'est réunie et a adopté une résolution demandant aux Universités de la province de porter le Curriculum de leurs études à cinq années.

L'on sait que l'Université McGill a déjà adopté cette réforme nécessitée par l'étendue des études médicales dont le cadre va toujours grandissant. Toute la profession médicale applaudira à l'adoption de cette mesure par toutes nos universités.

ROLAND'EAU.

-o-

## RETOUR

Notre collègue et ami, le DOCTEUR MONOD vient de rentrer après un séjour assez prolongé à Paris.