

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES ORIGINAUX

Hématomes vulvo-vaginaux (suite). Dr E. A. René de Cotret... ..	379
Melanose palatine primitive ancienne, fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse, Dr J. N. Roy... ..	381
ophtalmo-réaction à la tuberculine, Dr A. de Martigny... ..	385
Hygiène : La question du lait (suite), Drs J. E. Laberge et McCarrey... ..	387

Lettre de Londres... ..	389
Pathologie, clinique et thérapeutique... ..	390
Aphrodisiaques et emmenagogues, Dr Masson	390
Le Collargol dans la méningite, Dr St Jacques	390
L'alcool et ses effets pathologiques, Dr Masson	390
Auto-intoxication intestinale et défense de l'organisme... ..	391
Opération aseptique... ..	391
La lutte anti-tuberculeuse en Allemagne, Dr Loir... ..	391
Société Médicale de Montréal... ..	392
Société Médicale de Joliette... ..	393
Table des matières : année 1907.	

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Grippe, Scrofule, Rachitisme

SOLUTION PAUTAUBERGE

au Chlorhydro-Phosphate de Chaux créosoté
10 centigrammes de Créosote et 50 cent. de Sel de Chaux par cuillerée à potage.

La mieux tolérée des Préparations créosotées
ANTICATARRHALE et ANTISEPTIQUE
EUPEPTIQUE et RECONSTITUANTE

Employée avec succès depuis 23 ans dans les Hôpitaux de Paris et par tout le monde médical français.

Tout particulièrement recommandée chez les Enfants de Constitution délicate, sujets aux rhumes et bronchites, pour prévenir la TUBERCULOSE.

L. PAUTAUBERGE, COURBEVOIE-PARIS.

AGENTS | CANADA : LYMAN, SONS & Co., MONTREAL.
ETATS-UNIS : Geo. J. WALLAU, Inc., 2 & 4 Stone St., NEW-YORK



**HEMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4^e).

DESCIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{re}

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Deury-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

Hématomes ou Thrombus Vulvovaginaux

(Suite)

Par E. A. RENE de COTRET,
Professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la
Maternité.

DIAGNOSTIC

A cause de son petit volume, le thrombus vaginal peut quelquefois passer inaperçu. Dans ces cas les phénomènes généraux et locaux manquent. Quand la tumeur est plus volumineuse elle peut être prise pour la poche des eaux, un utérus renversé, un prolapsus utérin, une cystocèle avec accumulation d'urine. Le diagnostic se fonde principalement sur l'apparition rapide d'une tumeur qui n'existait pas quelques heures auparavant, accompagnée de douleur, et dans les cas graves, de signes généraux d'hémorragie interne. Le thrombus est la seule tumeur qui apparaisse ainsi au cours ou à la fin du travail, et prenne un aussi rapide développement.

Le thrombus de la vulve ne peut se confondre avec aucune autre tuméfaction locale. On ne le confondra pas avec une bartholinite, un paquet variqueux, de l'œdème simple ou une hernie labiale. La couleur, la consistance, la non réductibilité et les antécédents permettront d'établir facilement le diagnostic.

L'hématome pelvi-abdominal est le plus difficile à reconnaître, au moins au début, alors que la collection est encore liquide. C'est surtout avec la rupture utérine qu'on pourra faire erreur. Le toucher profond lèverait tous les doutes. Les signes généraux d'hémorragie grave peuvent faire penser à l'inertie du corps utérin au moment de la délivrance ou peu après, à une perte de sang provenant d'une plaie cervicale, vaginale, vulvaire. L'écoulement du sang à l'extérieur, d'une part, et d'autre part, l'examen de l'utérus fixeront le diagnostic.

Dans les jours qui suivront l'accouchement, alors que la tumeur sera devenu solide, on pourra confondre l'hématome avec un phlegmon du ligament large. Mais dans l'hématome la tumeur est plus limitée, plus dure, non douloureuse et le plus souvent la température est normale.

PRONOSTIC. — Le danger varie selon la quantité et le siège de l'épanchement, le moment où il s'est produit, le mode d'intervention exigé par les circonstances. Le pronostic est d'autant plus ré-

servé que l'épanchement est plus volumineux et remonte plus haut dans l'abdomen, ou lorsque les précautions antiseptiques n'ont pas été suffisamment prises.

Le thrombus, qui se produit pendant la grossesse, peut devenir grave s'il se rompt, parce que la gêne de la circulation pelvienne, du fait même de la gestation, déterminera probablement une hémorragie abondante, difficile à maîtriser et parfois mortelle.

Si la tumeur se fait avant la naissance de l'enfant et se développe au-dessous de lui, elle devient cause de dystocie par obstruction pelvienne ou vulvaire ; elle peut se rompre pendant l'accouchement et l'épanchement sanguin, qui s'était arrêté, recommence et s'écoule à l'extérieur.

Au moment de la délivrance, si l'arrière-faix est encore dans l'utérus, la tumeur gêne parfois sa sortie.

Le danger redouble quand les parois du thrombus sont ouvertes, ou parce qu'elles se sont rompus spontanément par tension résultant des efforts de l'accouchement ou parce qu'elles ont été déchirées par la pression fœtale, la main, les instruments de l'accoucheur, ou enfin qu'elles ont été ouvertes par incision, lorsqu'on juge que celle-ci est indispensable pour extraire l'enfant. Quelle que soit la cause de l'ouverture du thrombus, elle crée un danger d'hémorragie grave ou d'infection.

Pendant les suites de couches, ce sont les risques d'infection, cantonnée à la poche ou propagée à l'utérus qui éveillent la sollicitude du médecin. Aujourd'hui grâce à l'antisepsie, l'infection est moins à craindre.

TRAITEMENT. — Y a-t-il un traitement préventif ? on le croyait autrefois, et c'est en partie pour atteindre ce but qu'on saignait les femmes ; Deneux conseillait même de ponctionner les veines variqueuses de la vulve. La plupart des anciens auteurs dirigeaient ainsi le traitement préventif contre les varices, qu'il s'agissait de maintenir, de soutenir, de comprimer. Mais nous avons vu que cette relation entre les varices et les thrombus, tout en étant admise par beaucoup d'auteurs, est loin d'être prouvée, étant données la fréquence des varices et la rareté des thrombus.

Le traitement curatif diffère suivant que le thrombus se produit pendant la grossesse, le travail ou après la délivrance. D'une façon générale, la première indication est de respecter le thrombus, c'est-à-dire de demeurer dans l'expectation, quitte à intervenir si les accidents semblent l'indiquer.

Les anciens étaient interventionnistes ; ils incisaient prophylactiquement le thrombus ; en Allemagne l'intervention précoce a encore des partisans. En France, on préfère l'expectation autant qu'elle est permise par la situation, le moment d'apparition du thrombus pendant l'état puerpéral, son volume et ses complications.

On pourrait encore établir les règles suivantes :

1. Respecter autant que possible les téguments qui recouvrent le thrombus, parce qu'après son ouverture peuvent apparaître les dangers d'une hémorragie ou de la septicité ; 2. Quand il survient une hémorragie, l'arrêter aussi vite et aussi complètement que possible ; 3. Prévenir et enrayer la septicémie par l'emploi de l'antisepsie.

PENDANT LA GROSSESSE. — Il est préférable, quelque soit le volume du thrombus vulvaire, de le traiter par l'expectation. On tiendra la femme au lit, on évitera la constipation et localement on ordonnera des injections et des lotions antiseptiques. Une légère compression de la tumeur serait utile, mais elle est difficile à bien réaliser. Un sac de caoutchouc rempli d'eau froide peut rendre quelques services par la compression de son poids, et par la température basse de son contenu. Une compression trop forte peut être dangereuse, parce qu'elle peut faire fuser le sang au loin.

Si le thrombus augmente trop de volume, tend à se rompre ou se mortifier, il vaudra mieux prévenir la rupture et inciser chirurgicalement ; on fera une injection antiseptique dans la poche du thrombus et un tamponnement à la gaze iodoformée. Enfin, si l'on se trouve en présence d'un thrombus vulvaire rompu, on suivra la même ligne de conduite en se hâtant d'intervenir pour prévenir l'anémie qui pourrait résulter d'une perte trop grande.

Pendant la grossesse le thrombus du vagin nécessite un traitement analogue à celui du thrombus de la vulve : repos au lit, légère compression au moyen d'un tampon vaginal, incision si le thrombus tend à se rompre ou à se mortifier, tamponnement, antiseptie. Quand on craint l'infection on peut faire dans la poche du thrombus un véritable curage à l'aide du doigt, pratiquer un attouchement iodé, et drainer avec de la gaze iodoformée.

PENDANT LE TRAVAIL. — Si le thrombus vulvo-vaginal est petit, du volume du poing, sans menace de rupture, il n'est pas en général un obstacle à la sortie du fœtus, et on peut le respecter. La pratique de quelques accoucheurs est, au contraire, de l'ouvrir et de terminer l'accouchement ; cette conduite ne paraît justifiée que lorsque le thrombus a de grandes dimensions, qu'il forme un obstacle à l'accouchement ou qu'il augmente de vo-

lume. On devra s'attendre alors à une hémorragie formidable ; on aura donc soin d'avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour tamponner rapidement la poche hématique. Quand donc, la poche s'oppose à l'expulsion de l'enfant, on devra l'inciser et terminer rapidement l'accouchement. La poche serait ensuite comprimée ou tamponnée. On peut dans ce cas appliquer le forceps, inciser la tumeur et faire immédiatement l'extraction.

APRÈS LA NAISSANCE DE L'ENFANT ET AVANT LA DÉLIVRANCE. — Quand le thrombus apparaît avant la délivrance, on pourra, le plus souvent, faire sortir le placenta, sans ouvrir la cavité de nouvelle formation. On sera quelquefois obligé d'intervenir, et si quelques tractions sur le cordon ombilical ne suffisent pas à amener le placenta en dehors, on introduit la main pour le saisir et l'extraire. Enfin, on se trouve dans les conditions qui nous restent à examiner, je veux parler du thrombus après la délivrance.

APRÈS LA DÉLIVRANCE. — Attendre encore, et d'autant plus que la tumeur peut se terminer par résolution, et ne jamais intervenir que lorsqu'on y est absolument contraint. Il est indispensable d'observer une antisepsie rigoureuse, que le thrombus soit ouvert ou fermé, pour éviter l'infection du fait des lochies. Dès que le thrombus est ouvert ou dès qu'il tend à s'ouvrir, on pratique ou bien on augmente l'ouverture pour laver fréquemment sa cavité et pouvoir la tamponner complètement. Dans le cas où le thrombus envoie des prolongements anfractueux du côté du périnée ou de la fesse, on peut faire à la peau une contre-ouverture par laquelle on introduit un drain qui permettra des lavages antiseptiques.

TRAITEMENT DES ÉPANCHÉMENTS SOUS PÉRITONEAUX OU PELVI-ABDOMINAUX. — Quelquefois ces épanchements peuvent indiquer la laparotomie destinée à faire l'hémostase directe par tamponnement. Souvent il est suffisant de placer un bandage de corps pour exercer une compression qui s'oppose à la progression du sang épanché. Si le thrombus est ouvert dans un cul-de-sac du vagin, on peut y introduire deux sondes flexibles, accolées l'une à l'autre par lesquelles on fait des lavages de la poche. Souvent une pareille poche, irrégulière, anfractueuse, s'infecte facilement et il est bien difficile de parvenir à la laver fructueusement et la femme succombe. Le thrombus sous-péritonéal est donc généralement une affection grave, non seulement par l'hémorragie interne, mais encore par les phénomènes infectieux qui l'accompagnent ; il est donc nécessaire, toutes les fois que le thrombus vulvo-vaginal a une marche ascendante et tend à devenir profond, de l'inciser pour éviter ces prolongements.

TRAITEMENT DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — On soutient les forces de la femme par un régime substantiel, le vin, le quinquina. On a recours au traitement consécutif aux hémorragies. On est quelquefois obligé d'employer les injections hypodermiques ou intra-veineuses de sérum artificiel.

Mélanose Palatine Primitive Ancienne

FISTULE NASO-BUCCALE RÉCENTE
D'ORIGINE SARCOMATEUSE (1)

Par le Dr J. N. ROY

Il est des bizarreries de la nature que jusqu'ici, l'observateur le plus profond n'a encore pu expliquer. En médecine, nous pourrions en citer de nombreux exemples : la mélanose primitive du palais entr'autres, mérite bien, il nous semble, d'être de ce nombre. L'histologiste en effet, pourra bien nous dire ce que c'est que la mélanose, mais plus grand sera son embarras de nous démontrer pourquoi cette mélanose se localise primitivement à la voûte palatine. Normalement chez l'homme, la muqueuse du palais est d'une coloration blanc rosé, et toutes les fois qu'elle est envahie par du pigment, elle devient symptomatique d'une lésion pathologique.

Un rapide coup d'œil d'ensemble sur l'anatomie comparée, permet de constater que d'une manière générale le palais des animaux est physiologiquement blanchâtre, et présente une muqueuse dont les ondulations forment un plus ou moins grand nombre de sillons transversaux. Cependant le cheval, la vache, le chien, le chevreuil, le renard peuvent avoir un palais noir, sans qu'il soit pour cela pathologique. Le maki, au contraire, a toujours de la pigmentation. Tous ces caprices de la nature doivent bien intriguer le biologiste, et en même temps le laissera perplexe quant à l'explication physiologique d'un palais blanc et d'un palais noir chez une même race d'animaux.

Si la physiologie, animale est si capricieuse il n'en est pas de même de la physiologie humaine. Chez l'homme, la mélanose palatine a toujours une signification grave : ou bien elle est un symptôme précurseur d'une maladie future ou bien elle complique en l'envahissant une tumeur déjà existante ou bien encore elle débute avec le néoplasme.

La littérature médicale est très pauvre en observations sur ce sujet, n'ayant pu trouver que deux cas publiés — aussi avons-nous cru intéressant de rapporter le nôtre en attirant spécialement l'attention sur le début de l'affection qui remonte

(1) Communication faite à la Société française d'Oto-rhino-laryngologie, Paris, mai 1907, et à la Canadian Medical Association, Montréal, septembre 1907.

à vingt ans, et sur la fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse.

OBSERVATION — En septembre 1906, M. J. D., forgeron, âgé de 43 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu, pour nous consulter au sujet de sa bouche. Il raconte qu'en 1886, il remarqua sur le raphé de sa voûte palatine une petite tache ronde, de couleur noirâtre d'environ trois millimètres de diamètre. Cette tache était à niveau avec les parties environnantes et ne le gênait en rien. Un an auparavant, il s'était blessé vers le milieu du palais, avec le tuyau d'une pipe en terre cuite. L'hémorragie fut légère et la plaie guérit rapidement sans laisser de traces apparentes. Dans l'espace des douze années qui suivirent le début de cette pigmentation la tache doubla son diamètre — à peu près six millimètres — sans cependant proéminer dans la bouche. Pour tout symptôme, il n'accuse qu'un peu de rudesse de cette partie appréciable à la langue. Un médecin consulté alors lui prescrivit des gargarismes et des applications répétées de teinture d'iode. Pendant les douze premières années cette mélanose resta absolument insensible ; mais après les badigeonnages iodés la douleur apparut. La pigmentation s'étendit graduellement dans les parties avoisinantes et la muqueuse devint granuleuse et irrégulière. Des bourgeons noirs et durs commencèrent à se former, sans tendance à l'hémorragie. Au bout de quatre ans, tout l'espace compris entre l'arcade dentaire du maxillaire supérieur fut envahi par la mélanose et les granulations. Un léger malaise et un peu de démangeaison succédèrent à la douleur causée par les applications de teinture d'iode, qui pour cette raison furent suspendues. Le malade n'avait qu'à passer sa langue sur cette partie pour faire disparaître pendant quelque temps, ces symptômes. Les quatre dernières années virent cette affection augmenter seulement en profondeur puisqu'à ce moment, tout le palais était déjà en état de mélanose. Il se fit alors une dépression cette dépression. Le palais était devenu plus rugueux ne nous permet pas de retracer à l'heure actuelle une tuméfaction néoplasique antérieure à cette dépression. Le palais était devenu plus rugueux et de petits sillons séparaient les bourgeons qui semblaient grossir.

Aux premiers jours de septembre 1906, le malade en voulant faire une succion s'aperçut qu'il avait une fistule naso-buccale du côté gauche, qui depuis ce temps a toujours été en augmentant. Aucune hémorragie, aucune suppuration à noter.

A l'examen de la bouche, nous constatons une mélanose qui a envahi tout le palais dur. Des bourgeons de différentes grosseurs sont disséminés un peu partout, les uns brunâtres les autres noirs. Ils sont durs, et n'ont aucune tendance à saigner. Le côté gauche est fortement déprimé, et le stylet pénètre dans la narine correspondante à l'union du tiers postérieur et du tiers moyen. La douleur n'est ressentie qu'au contact de mets irritants, ou lorsque l'air froid passe par cette perforation. On constate un léger suintement, et un peu d'odeur de nécrose. Un bourgeon situé dans l'orifice de la fistule empêche des liquides de pénétrer dans la narine gauche.

se molaire gauche, qui est cariée au troisième degré ; la troisième grosse molaire droite est extraite. Ablation de la deuxième grosse molaire gauche du maxillaire inférieur. Les autres sont dans un état absolument normal.

A la rhinoscopie antérieure, nous constatons du côté gauche, une rhinite hypertrophique. La cloison est œdématiée, dépressible au stylet. Un léger éperon cartilagineux empêche de voir la perforation. Le septum à droite est également infiltré, et le cornet inférieur est hypertrophié.

Le malade n'a jamais eu d'épistaxis ni de suppuration nasale.



La voix est nasonnée.

Il y a diminution du goût et des réflexes pharyngéens sans phénomènes de dysphagie.

Les joues et les gencives ne présentent pas de pigmentation.

Le patient a toujours été un gros fumeur ; il a mâché du tabac, et n'a jamais eu soin de ses dents, aussi sont-elles noires. Celles du maxillaire supérieur sont saines, à l'exception de la première gros-

La rhinoscopie postérieure nous laisse voir de grosses queues des cornets inférieurs et moyens des deux côtés. La terminaison de la cloison a triplé son épaisseur ; une infiltration blanchâtre semble venir de la partie médiane, et augmenter progressivement vers les choanes.

Le pharynx est un peu hyperémicé, et le larynx est normal.

A cet examen rhinoscopique, nous n'avons pas trouvé de mélanose.

Le pharynx est un peu hyperémié et le larynx est normal.

A la diaphanoscopie, nous trouvons le sinus droit transparent et la pupille lumineuse. A gauche la joue est très opaque et l'œil obscur. Nous nous servons de la méthode de Mahu pour nous renseigner sur la capacité de ce dernier sinus. Il contient environ deux centimètres cubes, et l'eau qui s'écoule par la narine correspondante après un lavage préparatoire, est bien claire.

Quelques ganglions du cou sont légèrement augmentés de volume, surtout à gauche.

Un examen très attentif des yeux, nous permet de constater un état absolument normal des différentes parties, profondes et superficielles.

L'iris a une teinte gris claire, sans tache pigmentaire.

La réfraction nous donne :

$$O. D. 900 + 0.25 V = 1.$$

$$O. G. 900 + 0.25 V = 1.$$

Notre patient habite la campagne depuis son enfance, et a toujours eu une excellente santé. Pour toute maladie, il fit une pneumonie en 1888, et une cystite légère en 1894.

Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons aucune histoire de tuberculose et de syphilis.

Le malade a fait usage d'alcool sans en abuser.

Marié depuis onze ans, il est père de sept enfants. Les deux premiers sont morts en bas âge dans les convulsions, et les autres sont en bonne santé.

Tous ses ancêtres ont vécu très vieux, et il est impossible de relever aucune diathèse cancéreuse.

Ses frères et sœurs jouissent d'une excellente santé.

A l'inspection la peau ne présente aucune tache pigmentaire sauf une teinte urobilinurique normal.

L'examen des urines donne une densité de 1022. On n'y trouve ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, sauf une petite quantité d'urobiline.

L'examen du sang fait par mon ami, le Dr Bourgoïn, n'offre rien de particulièrement intéressant. Il n'existe aucune forme anormale des éléments qui le composent, et le nombre des globules rouges et blancs varie très peu de l'état physiologique. La présence du pigment dans le sang frais, et les préparations desséchées, recherchée très attentivement, a été négative.

A ce premier examen, l'étiologie de la perforation palatine restait obscure. Bien qu'il nous fut

impossible de retracer la syphilis chez le malade, nous lui prescrivons quand même de fortes doses de mercure et d'iodure de potassium, en attendant le rapport histologique d'un bourgeon enlevé à cet effet. Une pommade nasale borico-mentholée, et un gargarisme au chlorate de potasse complètent ce traitement médical. Comme hygiène, nous lui défendons tout ce qui est de nature à irriter sa bouche, et nous lui conseillons une grande propreté des dents.

Dans le cas présent, nous n'avons pas jugé à propos de rechercher le spirochète de Schaudinn—à forme spirale—puisque'il est généralement admis que ce bacille se rencontre seulement au niveau de lésions primaires et secondaires. Quant au bacille à forme rectiligne, sa présence est encore discutée dans les lésions tertiaires.

MM. les docteurs St Jacques, professeur agrégé à l'Université Laval, et Hingston, qui ont bien voulu se charger de l'examen de la pièce anatomique nous ont transmis le rapport suivant :

“ A l'examen microscopique du spécimen fourni pouvant mesurer cinq millimètres de diamètre, on constate que le revêtement épithélial existe encore, mais variable d'épaisseur à certains endroits.

“ Les cellules des couches supérieures sont pavimenteuses, en rangs très serrés se rapprochant de l'état kératinique. Il a été impossible de trouver de pigments mélaniques dans cette zone, à peine peut-on voir sur le revêtement épithélial quelques amas de globules rouges.

“ Les cellules des couches profondes sont polyédriques. L'assise de ces cellules profondes est dans sa généralité nettement limitée; cependant elle offre à certains endroits une irrégularité marquée, qui montre que l'envahissement tend à se faire par les cellules des tissus sous-jacents.

“ La couche sous-muqueuse est formée de cellules à contours irréguliers et variables. Tantôt serrées les unes contre les autres, tantôt éloignées, ces cellules sont rondes ou oblongues, et quelquefois étoilées. La mitose ou subdivision cellulaire est très peu active. Les noyaux sont variables comme forme et grosseur; néanmoins les gros sont en nombre plus considérable.

“ Les espaces intercellulaires sont remplis par endroits par une substance granuleuse, et l'on trouve à côté de ces granulations des globules rouges en amas çà et là disséminés. En un point des préparations, on rencontre des glandes muqueuses, un peu altérées de forme, mais sans aucun signe de malignité.

“ Il est à remarquer dans ces coupes le petit nombre de vaisseaux, et la plupart présentant bien cette apparence de tunnels vasculaires sans parois propres, si fréquents en tissus sarcomateux.

“ Dans cette masse de cellules disposées sans ordre aucun, on constate des granulations mélaniques, irrégulièrement disséminées, tantôt confluentes, tantôt isolées, mais situées surtout à l'intérieur des cellules

Diagnostic sarcome mélanique, se rapprochant par endroit de l'endothéliome.”

-o-

Revu au commencement de novembre, le malade se dit être absolument dans le même état. La lésion buccale a cependant augmenté en profondeur, surtout dans la direction des incisives. La voûte palatine est en voie de dénudation, et à certains endroits nous y voyons des îlots d'os mortifié. Il existe seulement un peu de sensibilité à gauche.

Le patient est très anxieux de savoir le résultat de l'examen microscopique, et croyant sa maladie dangereuse, il nous prévient à l'avance qu'il ne consentira à aucune opération. Nous lui donnons alors les explications nécessaires, sans lui cacher la gravité de son cas,

L'intervention chirurgicale est discutée avec le patient au point de vue de la mutilation, des nombreuses complications, et de la récurrence plus que probable. Le malade s'étant refusé à l'opération, nous lui répétons nos conseils hygiéniques. Nous lui prescrivons un gargarisme à la résorcine, et la liqueur de Fowler après ses repas.

Il retourne à la campagne où il habite toujours et revient nous voir en février et avril. Il n'accuse pas encore de douleur, mais son affection augmente rapidement. La voûte palatine continue à se dénuder, de petits séquestres se détachent et la fistule s'agrandit. Ce sarcome à marche atypique, si longtemps indolent, semble reprendre le temps perdu et nous fait présager une terminaison fatale dans un avenir prochain.

-o-

Cette observation nous paraît particulièrement intéressante à plusieurs points de vue. Devons-nous d'abord faire remonter à 21 ans, le début de la pigmentation comme conséquence du traumatisme reçu à cette époque ? Nous savons que toute région cutanée fortement ou chroniquement irritée peut se pigmenter ; que l'irritation soit de nature physique, mécanique ou pathologique. Ce fait pourrait-il s'appliquer à notre cas ? Il serait difficile de l'admettre, puisque les tissus du palais chez l'homme, n'ont pas la propriété de produire de pigment mélanique.

Devons-nous faire intervenir une théorie parasitaire, ou encore attribuer à la mélanine du sang, l'origine de la mélanose ? Les hypothèses que nous pourrions faire seraient des plus problématiques ; car nous devons l'admettre, les connaissances étiologiques que nous avons tous sur ce sujet sont encore des plus vagues.

Cette néoplasie n'a sûrement pas débuté avec la mélanose, puisqu'il est généralement admis que le sarcome mélanique a une marche rapide. Par l'histoire clinique, nous voyons que la pigmentation remonte à vingt ans, que l'évolution s'est faite très lentement avec des symptômes presque nuls. Douze ans après son début cette tache pigmentaire n'avait que six millimètres de diamètre, et était à niveau avec la muqueuse palatine. Sous l'effet irritant de la teinture d'iode — ou simple coïncidence — la lésion augmente en étendue et en profondeur. La fistule naso-buccale apparaît en septembre 1906, et depuis lors progresse rapidement. D'après cet exposé et l'examen histologique, nous croyons que cette mélanose primitive était de nature bénigne. Dans ces dernières années un élément néoplasique serait venu se mettre de la partie, tout en s'infiltrant de pigment et dès lors aurait donné à l'affection une marche envahissante, destructive et franchement maligne.

D'après Delbet, toute tumeur mélanique qui naît ailleurs qu'à l'œil et à la peau, est un sarcome. Bien intéressant aurait été alors l'examen microscopique d'un bourgeon enlevé il y a un an ou deux. A ce moment-là peut-être, aurions-nous constaté une tumeur endothéliale. Les anatomopathologistes ne sont pas encore d'accord sur la transformation histologique de l'endothéliome et du sarcome. Monod et Arthaud ont avancé que le sarcome est une forme aggravée de l'endothéliome. Aujourd'hui, notre tumeur est franchement sarcomateuse, bien qu'à certains endroits, nous trouvons des cellules qui se rapprochent de l'endothéliome.

Quel doit être le pronostic ? Nous savons que dans le sarcome, la variété mélanique est une des plus graves. De plus, lorsque le néoplasme envahit la voûte palatine et la perforé, l'évolution se fait rapidement, et il entraîne invariablement la mort du sujet.

Si nous avions tenté l'opération, nous aurions eu tout probablement une récurrence, vu la dissémination de la maladie vers le nez et le sinus maxillaire gauche. Nous aurions eu encore tous les dangers connus des complications post-opératoires, et les ravages considérables faits à la figure.

En terminant, nous ferons remarquer combien notre cas est étrange, par sa mélanose primitive du palais, sans lésions concomitantes de l'œil et de la peau, par la lenteur de sa marche — de vingt années — et par sa récente complication sarcomateuse.

Ophtalmo-Réaction de Calmette dans la Tuberculose

PAR LE DR ADELSTAN DE MARTIGNY

M. le professeur Calmette, m'ayant adressé gracieusement quelques tubes de sa tuberculine, j'ai pu commencer dès le mois de septembre une série d'ophtalmo-réactions, que je rapporterai brièvement.

Trois des malades furent observés à l'hôpital, les autres en clientèle. Trois des réactions furent pratiquées par le Dr Cléroux, qui m'en a communiqué les résultats, et deux par le Dr Desloges, qui m'a permis de suivre les malades. Les autres sont des conservations personnelles,

No 1. (No 4, salle St-Joseph, Hôtel-Dieu), service de M. le Dr Cléroux. Pleurésie. Réaction positive.

No 2. (No 35, salle St-Joseph, Hôtel-Dieu), service de M. le Dr Bruneau. Température montant chaque jour de 101 à 102, toux fréquente, diarrhée. Considéré comme tuberculeux. Réaction négative. Diagnostic ultérieur : lymphadénie.

No 3. (No 39, salle St-Joseph), service de M. le Dr Bruneau. Après une fièvre typhoïde et une période d'apyrexie, refait des températures élevées. Expiration prolongée au sommet droit et toux fréquente. On diagnostique une tuberculose commençante. Réaction négative. Convalescence évoluant régulièrement.

No 4. Jeune fille grandement exposée à la contagion, pour avoir soigné son père phtisique pendant un an. Toux fréquente et agaçante, sèche. Malade amaigrie, pâlie, à santé générale affectée. Réaction négative.

No 5. Malade du Dr Piché. Amaigrissement, inappétence, faiblesse, toux fréquente et fatigante, avec crachats sans bacilles. Réaction positive, forte, mais ne débutant que vers la trentième heure.

No 6. Malade du Dr Piché. Malade traité à la période de ramollissement, par le sérum, se croyant guéri et voulant cesser le traitement. Réaction positive légère.

No 7. Garçon de 17 ans, avec un sommet gauche à respiration très faible, et un sommet droit à respiration rude, localisée, fixe. Pas de bacilles dans les crachats. Réaction positive, ayant duré pendant CINQ JOURS, à la suite de l'instillation de DEUX GOUTTES de tuberculine, au lieu d'une, mais sans douleur ni dommage d'aucune sorte.

No 8. Garçon de 26 ans, ayant soigné sa femme, tuberculeuse depuis un an et partagé son lit. Tousse

depuis quatre mois et est très pâle. Quelques frottements pleuraux au sommet gauche, et respiration faible et ronflante au sommet droit. Pas de bacilles dans les crachats. Réaction positive et modérée.

No 9, 10, 11 et 12, tuberculeux au début avec des signes suffisants pour faire un diagnostic. Réactions positives dans tous les cas, mais avec une intensité variable.

No 13. Garçon de 24 ans, avec des vibrations vocales exagérées, de l'expiration prolongée, et de petits râles sibilants au sommet droit, pas de bacilles dans les crachats. Réaction négative.

No 14. Respiration très faible dans toute l'étendue des deux poumons et respiration ronflante aux deux sommets. Etat général bon. Pas d'hérédité. Réaction positive.

No 15. Malade âgée de 37 ans, présentant de l'inspiration rude, localisée, fixe et de petits râles sibilants au sommet gauche et une respiration très faible avec inspiration une ronflante au sommet. Tousse depuis six mois. Pas de bacilles dans les crachats. Réaction positive moyenne.

No 16. Malade de 21 ans, très soigneusement observé par le Dr Vanier, de Saint-Jérôme. Signes d'auscultation presque nuls. Toux agaçante, sèche, durant depuis six semaines, s'accompagnant de gêne et même de douleur légère au niveau du sommet droit. En somme, rien qui permette de porter le diagnostic de tuberculose. Réaction insuffisante. Rougeur très peu marquée. Le diagnostic reste incertain.

No 17. Réaction pratiquée par le Dr Desloges. Religieuse, exposée à la contagion depuis plusieurs mois, toussait depuis plusieurs semaines, surmenée, pâle et amaigrie. Réaction négative.

No 18. Réaction pratiquée par le Dr Desloges. Souffrait depuis plusieurs mois de diarrhée rebelle aux moyens ordinaires de traitement, et le Dr Desloges avait porté le diagnostic de diarrhée tuberculeuse. Réaction positive et assez forte.

No 19. Réaction pratiquée par le Dr Cléroux. Polyarthrite généralisée chez un enfant de huit ans. Diagnostic d'arthrite fibreuse, porté par le Dr Cléroux, et de tuberculose par un confrère. La réaction, pratiquée deux fois, fut négative chaque fois.

No 20. Réaction par le Dr Cléroux. Fillette de onze ans, la mère et une sœur tuberculeuses. En juin, bien que ne toussant pas, est examinée par le Dr Cléroux qui trouve, au sommet droit, une inspiration rude, localisée, fixe, et fait le diagnostic de tuberculose. En octobre,

amygdalite, poussée de tuberculose, les symptômes sont un peu accentués. Inspiration presque soufflante, à tonalité élevée, sans expiration prolongée. Légère diminution de la sonorité. Réaction positive.

No 21. Réaction pratiquée par le Dr Cléroux. Malade âgée de trente ans. Hérité tuberculeuse. Une sœur tuberculeuse. A fait du surménage. Bien que ne toussant pas, est auscultée : inspiration rude, fixe, localisée au sommet droit. Réaction positive, assez forte, ne commençant que vers la trentième heure, pour durer près de trois jours.

No 22. Jeune homme, 21 ans, porteur d'un ganglion suppuré du cou, pour lequel il a déjà été opéré une fois. Réaction négative. Deuxième opération. Le ganglion est suppuré et offre toutes les apparences d'un ganglion tuberculeux. Pas d'examen microscopique.

No 23. Jeune fille ayant fait une fièvre typhoïde l'an dernier, cette année une forte grippe et, un peu plus tard, une amygdalite suppurée. Est restée faible, déprimée, pâle, avec un léger agacement de la gorge. Famille très inquiète. Réaction négative.

No 24. Malade âgée de 28 ans. Depuis deux ans, a partagé le lit de sa sœur (No 15), et toussé depuis six ou huit semaines. Toux sèche quinteuse, fatigante. A l'auscultation, rien. Peut être la respiration est-elle faible au sommet gauche. Réaction positive et forte (2 jours).

No 25. Jeune homme, 25 ans. Excès de tous genres. Eloigné de sa famille, manque de soins. Pas d'antécédents ni de cohabitation suspecte. Depuis des années toussé tous les automnes et une partie de l'hiver. A l'auscultation, autant dire rien. Respiration faible et ronflante aux sommets. Température de beaucoup au-dessous de la normale. Varie de 96 à 97½ ou 98, dans les 24 heures. Réaction positive moyenne.

No 26. Jeune homme, 22 ans. Depuis plusieurs années prend en moyenne vingt à trente verres de cognac par jour. Depuis plus d'un an, a toujours plus ou moins toussé. Paraît avoir fait une pneumonie au cours d'un récent voyage d'exploration dans le nord. A maigri de vingt livres. Toux fréquente, sèche, douloureuse. Râles de congestion aux deux bases. L'auscultation des sommets est difficile, le malade étant encore très gras. On y entend de tout petits râles fins disséminés. Réaction négative.

No 27. Epouse du malade précédent. Fatiguée, amaigrie, ne toussant pas. Points et douleurs sourdes dans le dos. Troubles utérins. Très inquiète. Réaction positive, modérée.

No 28. Malade traité par le sérum et paraissant depuis plus d'un an parfaitement guéri, ne toussant pas, et n'ayant pas pris de sérum depuis 14 ou 15 mois. Santé générale apparemment parfaite, le malade pèse 198 livres. Réaction positive et excessivement violente. Pendant NEUF JOURS, l'œil est très rouge, légèrement douloureux, et la sécrétion muco-purulente est très abondante. L'œil reste encore rouge pendant plusieurs jours ensuite, mais sans douleur.

No 29. Garçon de 21 ans, cystite. Diagnostic hésitant depuis plusieurs jours. Réaction positive légère.

No 30. Jeune fille de 24 ans. Hérité tuberculeuse. Tousse depuis plusieurs mois, mais peu, et n'a pas été capable de se donner les soins voulus. A l'auscultation : peu de chose. Sonorité diminuée aux deux sommets et de petits râles sibilants repandus dans la partie supérieure des deux poumons, sans rudesse de l'inspiration. La voix éteinte ne permet pas d'apprécier les vibrations. Réaction positive.

No 31. Jeune fille de 21 ans. Une sœur morte de tuberculose. Tousse depuis plusieurs mois, mais avec des intervalles de repos. Auscultation : respiration faible et ronflante au sommet gauche, et inspiration faible au sommet droit, avec expiration prolongée et un peu rude. Exagération des vibrations. Réaction négative.

Sur les 31 expériences, le résultat a donc été :

Douteux : Une fois,

Négatif : Dix fois,

Positif : Vingt fois

Ces observations offrent un certain intérêt, et voici pourquoi ; Dans la majorité des cas, l'ophtalmo-réaction est venue confirmer un diagnostic antérieur. Mais il y a eu des exceptions.

Cinq fois, la réaction a été négative chez des malades considérés auparavant comme tuberculeux, et, six fois, elle a été positive, chez des malades pouvant à peine être soupçonnés de bacillose.

Je pourrais donc mettre en doute la valeur de l'ophtalmo-réaction, à l'exemple de certains observateurs, qui, au milieu de l'enthousiasme général soulevé par la découverte du professeur Calmette, ont formulé des critiques sévères, ont accusé sa méthode de donner des résultats inconstants, et parfois trompeurs.

Mes observations, et celles que j'ai lues, ne m'en ont pas fourni de raisons valables.

Et d'abord, un malade peut être tuberculeux au début sans s'en douter, et sans présenter un seul signe clinique de bacillose. C'est ce qui se produit d'ailleurs dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans

tous les cas, tout à fait au début de la tuberculose. Les malades qui ont réagi et qui ne présentaient pas de signe de la maladie, ou à peine, appartenaient à cette catégorie. Voilà tout.

D'autre part, un malade peut présenter tous les signes de la phtisie pulmonaire, sans être tuberculeux.

Ce sont les pseudo-tuberculoses, à streptocoques, à pneumocoques, et à microbes les plus divers, qui évoluent comme la tuberculose véritable.

J'ai eu précisément l'occasion d'en observer deux cas l'an dernier, qui se sont terminés par la mort. Le Dr J.-E. Laberge, qui a examiné plusieurs fois les crachats de ces malades, n'a jamais trouvé de bacilles.

A cette catégorie appartenaient les Nos 2, 3, 13, 23 31, et sans doute beaucoup d'autres qui n'ont pas réagi, bien qu'ayant antérieurement présenté des signes cliniques de tuberculose, mais aucun signe de certitude.

Il faut en excepter cependant les très vieux tuberculeux, qui (cela est connu depuis longtemps) ne réagissent plus à la tuberculine et qu'il n'y a d'ailleurs pas d'intérêt à soumettre à la réaction.

L'ophtalmo-réaction est, en effet, un procédé de diagnostic précoce. A ce point de vue, sa valeur est incomparable. Non seulement elle permet de faire un diagnostic certain à une époque à laquelle il était autrefois des plus difficile, et toujours discutable, mais elle agrandit encore considérablement notre champ d'investigation, et le diagnostic devient possible avant même la formation des tubercules, et dès la présence dans l'économie des bacilles. Grâce à elle, nous pourrions à l'avenir séparer le bon grain de l'ivraie, dans cette foule nombreuse de sujets sains et de malades divers, indistinctement désignées jusqu'ici sous le nom de pré-tuberculeux.

Ainsi pourrions-nous désormais commencer sans retard un traitement d'autant plus efficace que plus tôt institué.

D'où l'on peut concevoir, mais non calculer, les immenses services qu'est appelé à rendre l'humanité, la nouvelle découverte du professeur Calmette, ce véritable continuateur de Pasteur.

Rapport présenté au Comité d'Hygiène

(Suite)

II PARTIE

LA QUESTION DU LAIT

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES DU LAIT

— Un grand nombre d'échantillons de lait sont apportés tous les jours au Laboratoire de bactériologie pour être analysés.

La ville de Boston consomme journellement 400,000 pintes de lait. L'an dernier, en 1906, 19,453 échantillons ont subi l'examen bactériologique. Ces chiffres nous démontrent l'outillage et le personnel que le laboratoire a à sa disposition pour faire ce travail. Un changement considérable pour le mieux est constaté depuis que ces examens se pratiquent sur une aussi grande échelle. Le lait contenant du pus, des streptocoques ou un excès de bactéries d'au delà de 500,000 par C. C., est un lait reconnu comme impropre à l'alimentation, et le laitier est averti qu'il doit cesser immédiatement de mettre en vente un pareil lait sous peine de perdre sa licence.

INSPECTION DU LAIT. — Le service d'inspection du lait est divisé en deux branches distinctes : (1) inspection dans la ville, et (2) inspection dans les campagnes.

Le nombre des inspecteurs est le même dans la ville et dans les campagnes.

Les inspecteurs de la ville font rapport chaque jour de ce qu'ils ont fait la veille ; les inspecteurs ruraux font rapport une fois par semaine.

L'on prend des échantillons aux dépôts et aux quais des bateaux traversiers une ou deux fois par mois afin de constater dans quelle condition le lait arrive dans la ville.

Des échantillons ne sont pas analysés régulièrement comme ici. L'on s'occupe plus de la question d'hygiène que de la qualité du lait. Des échantillons ne sont recueillis que de temps à autre, lorsqu'on soupçonne qu'il y a négligence ou malpropreté. Des épreuves du lait sont faites dans les cas où un laitier ou un marchand porte une plainte contre l'expéditeur ou lorsqu'un client se plaint de son laitier ou de son fournisseur. Il est vendu beaucoup plus de lait par les marchands que par les laitiers.

Avant de pouvoir vendre du lait, il faut faire une demande au département d'hygiène sur une formule imprimée, fournie par ce département. Un des inspecteurs fait un examen minutieux des lieux quant à l'éclairage, à la ventilation, aux égouts, etc. ; puis il présente son rapport au département, dans lequel il dit s'il considère que les lieux remplissent ou non les conditions voulues, et un permis est accordé ou refusé.

Les échantillons de lait sont analysés au moyen du lactomètre, et lorsqu'il y a soupçon de falsification, l'inspecteur prend 3 bouteilles et les remplit avec du lait pris dans le même bidon ; il les scelle toutes les trois et y appose la même étiquette ; l'inspecteur garde une des bouteilles, en remet une au laitier et porte l'autre au laboratoire pour l'analyse. S'il est constaté que le lait est au-dessous de l'étalon, une poursuite est intentée contre le laitier, et si ce dernier est déclaré coupable il est condamné à une amende de \$25 à \$500.

Il est défendu de vendre du lait écrémé et même d'en garder aux endroits ou dans les voitures où du lait est en vente.

Il n'y a aucune restriction quant au lait de beurre, les gens étant supposés connaître la différence entre ce lait et le lait pur.

Les inspecteurs ne portent pas d'uniformes, afin de ne pas être reconnus.

Tout le lait est reçu dans des wagons frigorifiques. Tous les bidons doivent être scellés avant d'être expédiés et bien lavés avant d'être renvoyés à la campagne.

J'ajouterai que je me suis procuré tous les règlements et ordonnances qui ont été publiés concernant la manière dont les fermes, les laiteries, etc., doivent être tenues, et je vous les soumettrai aussitôt que la commission sera prête à étudier la question de l'inspection du lait.

INSPECTION DES VIANDES. — Il y a des inspecteurs aux abattoirs qui font l'inspection de tous les animaux au fur et à mesure qu'ils sont abattus. Il y a aussi des inspecteurs qui visitent les marchés et étaux privés et confisquent tout ce qu'ils trouvent d'impropre à l'alimentation, précisément comme à Montréal.

INSPECTION DU POISSON. — Il y a un inspecteur au marché à poisson qui y demeure constamment, faisant l'inspection du poisson offert en vente, il y a aussi des inspecteurs qui visitent les

magasins et tous les autres endroits où l'on vend du poisson.

INSPECTION DU PAIN. — Le poids du pain est surveillé par la police.

Il y a un inspecteur qui visite les boulangeries pour voir à ce qu'elles soient tenues dans un état salubre, quant à l'éclairage, à la ventilation, aux égouts, etc., cet inspecteur voit aussi à ce que le pain soit fait proprement.

L'inspection se résume à peu près à cela à moins qu'il y ait des plaintes de faites, alors on tient une enquête. Il n'y a pas de règlement relativement à la livraison du pain. On livre le pain dans des voitures à la main.

Le règlement suivant toutefois, est important : Il est défendu de garder ou vendre du pain, des gâteaux, de la pâtisserie, des fruits secs ou en conserve, ou des bonbons, en dehors d'un bâtiment.

BAINS. — Il y a deux sortes de bains, des bains à l'eau salée sur le bord de l'eau et des bains à l'eau douce distribués dans la ville.

Ces derniers sont chauffés et ouverts toute l'année. Trois jours pour les femmes, et trois jours pour les hommes, depuis 9 heures a.m. jusqu'à 9 heures p.m. Dans le cas des enfants d'école, les heures sont de 3 à 6 heures p.m.

Les jours réservés aux femmes, des gardiennes ont charge des bains.

Le bain le mieux aménagé à New-York, est celui situé au No 332 rue 60ième ouest, qui a coûté \$138,000, dont les frais d'entretien se montent à \$350 par semaine. Il a 35 pieds de long par 60 pieds de profondeur.

BOÎTES A FUMIER DANS LES ÉCURIES. — A New-York les boîtes à fumier sont prohibées dans les écuries. L'on doit tenir le fumier en tas dans l'écurie, et il est enlevé, une fois par jour, par les entrepreneurs et transporté aux bateaux. Ces bateaux sont alors conduits en aval de la rivière et leur contenu est vidé. Les propriétaires des chevaux paient le coût de l'enlèvement du fumier. L'entrepreneur est sous le contrôle de la Commission d'Hygiène. Dans les faubourgs où l'on garde le fumier pour s'en servir comme engrais, il faut qu'il soit pressé et emmagasiné.

Lettres de Londres

(De notre correspondant spécial)

LONDRES, novembre 1907.

C'est avec plaisir que je me rends à votre désir de voir vos lecteurs mis au courant du mouvement médical de Londres.

Il y a, à la vérité, tant de matériel que je trouve difficile de choisir. Glanons un peu de tous côtés.

Toutes nos différentes écoles de médecine ont recommencé, depuis longtemps déjà, leurs cours. University College, King's College, St. Bartholomew's, St. Thoma's, Guy's, Charing Cross, St. Mary's, ont uni leurs efforts et d'un consentement unanime font partie de l'Université de Londres. Le Sénat universitaire, composé de représentants des différents collèges, a la direction générale des études de l'Université, permettant ainsi avec une plus grande uniformité d'enseignement une efficacité meilleure encore, et cela sans enlever à chaque collège son autonomie et l'administration de ses affaires personnelles. C'est l'unité dans l'effort multiple.

* *

Cette unité dans l'effort, ce groupement des activités individuelles s'est aussi réalisé à un autre point de vue fort important. Londres, jusqu'à ces temps derniers, possédait un grand nombre de sociétés médicales, dont la plus vieille était la Royal Medical and Chirurgical Society, fondée en 1805. Quinze de ces sociétés se sont réunies sous le titre de Royal Society of Medicine, comprenant 13 sections qui sont : la section pathologique, clinique, médicale, chirurgicale, pharmacologique et thérapeutique, électrothérapeutique, obstétricale et gynécologique, neurologique, dermatologique, laryngologique.

Chacune de ces sections est autonome, tient ses réunions particulières, mais il y aura plusieurs fois l'année des réunions générales. Cette amalgamation a permis la centralisation d'une bibliothèque médicale de 80,000 volumes, qui seront circulants.

* *

"The Harveyan Oration" a été donnée cette année au Collège Royal des Médecins, par le Dr Taylor. C'est devant cette corporation que Harvey lui-même proclama en 1616 sa découverte de la circulation du

sang. Dans son testament il laissa une somme destinée à être donnée annuellement à l'orateur qui exhorterait publiquement les membres de cette corporation "à chercher de découvrir et d'étudier les secrets de la nature par voie d'expérimentation et aussi à continuer une affection mutuelle entre eux, pour le plus grand honneur de la profession." Et ainsi se fait-il que chaque automne, depuis plus de 250 ans cette adresse inaugurale est l'un des événements importants de la saison.

* *

Une discussion bien importante vient d'avoir lieu dans la section de chirurgie de la British Medical Association sur les indications de l'extirpation de la vésicule biliaire. Bland Sutton, F.R.C.S., a posé comme principe que les indications sont au nombre de huit :

Traumatisme, Cholécystite calculeuse, Cholécystite aiguë et gangrène de la vésicule, Ulcères perforants, Hydropysie de la vésicule, Empyème de la vésicule, Fistule biliaire, Maladie maligne.

Sa proposition fut bien reçue par les autres membres et une discussion intéressante s'en suivit. Il n'y eut divergence que dans le cas de cholécystite calculeuse, alors que la cholécotomie seule parut suffisante.

* *

Freyer vient de publier son rapport sur la prostatectomie totale. Nous pouvons juger de l'excellence de ses résultats par le fait que, sur 432 malades, il n'en a perdu que 29, soit une mortalité de 7 p.c. L'âge des malades variait entre 48 et 89 ans. La prostate la plus grosse pesait 14½ onces.

* *

La question d'hygiène dans les écoles est à l'ordre du jour. Le Dr Sommerville, dans un travail bien sérieux, a insisté pour que tous les maîtres d'écoles aient des connaissances précises sur ce sujet. Le Dr Kenwood l'a bien secondé. Il demande que l'éducation sur l'hygiène des écoliers soit plutôt pratique que théorique. Ce serait le moyen le plus efficace de leur en faire apprendre les éléments. On devrait leur montrer : 1o. L'importance de l'air pur et comment l'obtenir ; 2o. L'importance de la propreté ; 3o. La tempérance en tout ; 4o. Quelques notions sur les aliments et breuvages hygiéniques. Ces leçons auraient une influence sur la santé de notre race.

L'hôpital St. Bartholomey inaugurerait récemment une addition importante : un nouveau corps de bâtiments immenses pour loger les départements d'oto-rhino-laryngologie, gynécologie, orthopédie, électricité, pharmacie et chimie. L'édifice où seront logés les laboratoires de pathologie est en cour de construction. Quelques deux mille personnes amis de l'institution et représentants des différents collèges de médecine, l'armée et la marine—étaient présentes à cette inauguration, qui montra à l'évidence quel souci du progrès, à la fois pour les malades et l'enseignement, anime nos différentes écoles de médecine, si largement ouvertes à tous nos collègues de l'Empire.

PATHOLOGIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

L'alcool et ses effets pathologiques

"L'alcoolisme est un véritable péril social !" Tel est le cri poussé, de nouveau, à l'Académie de médecine, par le docteur Fernet (séance de nov.)

C'est à l'occasion d'un vœu émis en 1905 par l'Académie et réclamant l'établissement d'une statistique sérieuse de la mortalité causée par l'alcoolisme, que M. Fernet est venu apporter les résultats de l'enquête faite, à ce sujet, dans les hôpitaux, hospices et asiles d'aliénés de Paris.

Voici les conclusions de cet important travail :

"L'alcoolisme, qui est, en France, l'une des plaies honteuses de notre époque, est aussi l'une des principales causes de mort.

"Il intervient, comme cause efficace, dans le tiers de la mortalité générale ; il est la cause principale ou même unique de la mort dans le dixième des décès (exactement 10, 20 p.c.) ; il est la cause accessoire ou mieux, adjuvante, dans plus de deux autres dixièmes (23, 61 p.c.) ; il intervient dans plus de la moitié de la mortalité des aliénés.

"L'alcoolisme est donc un véritable péril social ; tous ceux qui ont quelque souci de la santé publique ont le devoir de le dénoncer et de le combattre."

Le mémoire de M. Fernet est rempli d'intéressants détails. Il rappelle que c'est sur sa demande que la Société de médecine des hôpitaux a pris l'initiative des recherches statistiques dont il s'agit. Sur 1,500 décès observés, 33.81 p.c., soit plus du tiers, ont été causés par l'alcoolisme.

DAMIEN MASSON.

Aprodisiaques et emmenagogues

Yohimbin — Dael affirme comme conséquence de ses expériences, que la Yohimbin, proposée il y a quelques années comme l'aphrodisiaque par excellence, ne possède pas tous les pouvoirs réclamés pour elle. Peut-être même son emploi ne serait-il pas tout à fait sans danger.

On la prescrit généralement à la dose de 40 à 60 gouttes d'une solution à 5 p.c. par jour, soit donc 0.10 à 0.15 centigrammes par 24 heures.

L'Apiol est sans contredit un des meilleurs emmenagogues chez les chlorotiques et les anémiques, en un mot chez les femmes en insuffisance menstruelle. Son emploi est sans danger aucun. Sa seule contraindication semble la ménorrhagie ou la métrorrhagie déjà existante.

DAMIEN MASSON.

Le Collargol dans la méningite

Triboulet, au Congrès de Paris (voir Journal de Médecine et Chirurgie 9 nov.) vient d'en vanter l'effet dans les maladies infectieuses. Pour lui l'injection intra-veineuse est la voie de choix : il recommande 0.05 centig. en sol. aqueuse, répétée tous les deux jours.

Widal, à la Société Médicale des Hôpitaux, vient de rapporter le cas d'une malade qui fut guérie d'une méningite cérébro-spinale grave à la suite de l'injection intra-spinale de 0.05 centig. de collargol en sol. aqueuse.

L'effet de cette injection est de déterminer une leucocytose intense et passagère, portant surtout sur les polynucléaires, agents par excellence de la phagocytose.

On fait les ponctions chaque jour et on évacue de 15 à 20 c.c. de liquide céphalo-rachidien. Puis on injecte 0.05 de collargol en solution dans 1 ou 2 c.c. d'eau.

Paul Laurens présente un malade guéri d'une méningite aiguë généralisée septique d'origine otitique, à la suite d'injection intra-rachidienne de collargol.

Lermoyez, de Massary, Sacquepc concordent dans le même sens et apportent à l'appui des faits cliniques.

E. ST-J.

Auto-intoxication intestinale et défense de l'organisme

Depuis quelques vingt ans voici comment nous concevons l'intoxication de l'économie par le tube digestif.

Au cours de la digestion, la putréfaction des substances albuminoïdes provoque la formation dans l'intestin d'une série de poisons. Absorbés à la surface de la muqueuse intestinale, ils passent dans le sang, traversent le foie, qui en retient ou neutralise la plus grande partie et sont ensuite éliminés par les reins. Que ces phénomènes de putréfaction des albuminoïdes soient produits en trop grande quantité ou que le foie ou les reins se montrent insuffisants, l'intoxication de l'organisme se manifestera d'une façon plus ou moins nette, en rapport avec les modalités physiques et le passé pathologique de l'individu.

Voilà ce que l'on nous avait enseigné. Mais la physiologie et la pathologie expérimentales ont apporté de sérieux arguments contre cette manière de voir. Le Professeur Roger, de Paris, et tout récemment, M. Falloise (v. Arch. int. de Physiol.) ont fortement infirmé notre croyance "hépatique". Falloise dans une série d'expériences sérieuses qu'il a pu réaliser, grâce à un individu atteint d'une fistule de l'intestin grêle, vient de poser les conclusions suivantes :

A. La putréfaction des substances albuminoïdes ne joue pas le rôle qu'on lui a attribué dans la pathogénie de l'auto-intoxication intestinale.

B. La défense de l'organisme contre les poisons d'origine intestinale est assurée moins par le foie que par la paroi de l'intestin et il semble tout spécialement par sa muqueuse.

E. ST-J.

Opération aseptique

Strictement, est-elle possible ? Voyons.

Schenk et Lichtenstein avaient fait, il y a quelques six ans des expériences à ce sujet. Particules de peau au voisinage de l'incision, parcelles de tissu graisseux, soies mises dans la plaie et retirées à la fin de l'opération, tout fut testé et mis en culture. Ainsi sur 43 cas, la soie ne fut trouvée stérile que dans 11 cas.

Depuis lors nos procédés opératoires se sont perfectionnés : stérilisation plus sérieuse encore, le masque, les gants, etc., et c'est le résultat de toute une série de nouvelles expériences que les mêmes investigateurs viennent de relater dans le "Munch.

Med. Wochensc." La proportion de plaies stériles ne diffère pas sensiblement de la première série, bien que un peu moins souvent on trouva du staphylococque. La convalescence apyrétique fut à peu près dans le même pourcentage.

Il appert donc que l'opération strictement aseptique, malgré tous nos moyens, n'est pas encore du domaine des possibilités.

Comment donc en serait-il autrement d'ailleurs vu l'impossibilité de stériliser et désinfecter le derme dans toutes son épaisseur. Éliminons les dangers du contact des mains opératrices par des gants de caoutchouc, de la respiration par le masque, comme nous le faisons ; il reste la peau du malade quoiqu'on fasse et peut-être encore plus l'air ambiant, l'atmosphère.

Tout champ opératoire est donc infecté : la différence n'est qu'en plus ou en moins. Maintenant, un nouveau facteur va entrer en scène immédiatement : la résistance individuelle, le terrain. C'est une constatation élémentaire en pathologie clinique, que celle de l'influence du terrain, de la constitution sur l'évolution de tout processus morbide.

Il est donc bien des raisons pour ne pas jeter la pierre au chirurgien, si la guérison post-opératoire n'est pas toujours apyrétique et aseptique.

E. ST-J.

La lutte anti-tuberculeuse en Allemagne

D'après "Tuberculosis", le rapport du comité central allemand sur le dernier exercice (L'état de la lutte contre la tuberculose au printemps de 1907), publié par M. Nietner, donne les chiffres suivants des institutions servant à cette lutte en Allemagne. A présent il y a en activité : 87 sanatoriums populaires avec 8,422 lits (5,472 pour hommes, 2,658 pour femmes et 292 pour hommes et femmes indistinctement), 35 sanatoriums privés avec 2,118 lits, 17 sanatoriums pour enfants tuberculeux avec 650 lits et 67 établissements pour enfants scrofuleux, etc., avec 6,092 lits. En outre, il y a en cours de construction 11 sanatoriums populaires avec 800 lits en chiffres ronds. Il existe aussi 10 maisons de traitement particulières (et 2 autres sont en construction), 2 colonies rurales, 67 établissements de convalescence forestiers, 117 bureaux de renseignements et d'assistance et environ 90 comités de tuberculose d'une valeur égale dans le Grand-Duché de Bade, 3 écoles forestières et enfin 4 sanatoriums spéciaux pour les personnes atteintes de lupus.

Docteur LOIR.

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 3 DECEMBRE 1907

Sous la présidence de M. A. Marien.

Membres présents : MM. E. Asseliu, Aubry, Brisset, Bourgeois, Bourgouin, S. Boucher, Brunneau, Barrette, A. Bernier, Boulet, Bousquet, Cléroux, Cormier, Côté, Chartier, H. Desmarais, De Cotret, F. de Martigny, A. de Martigny, Dupont, Duhamel, Desloges, Décarie, Dion, Dufresne, A. Derome, W. J. Derome, Daigle, Ethier, Harwood, Hingston, Foucher, Fortier, Fournier, Gagnier, Gagnon, Grenier, Gravel, Hervieux, Jeannotte, Joyal, Lesage, Laramée, Laurent, Loir, Lasnier, Leduc, Lasalle, C. Larocque, Lebel, O. Mercier, A. Mercier, D. Masson, K. Malouf, T. Normandin, Marcil, Parizeau, L. Parizeau, Piché, Plamondon, Provost, Rivet, Rousseau, Roux, Racicot, Roy, St-Denis, Tellier, Trudeau, Valin, Vernér.

MM. J. A. Dauth et L. P. de Grandpré sont nommés membres titulaires de la Société Médicale.

Puis l'on procède à l'élection du Bureau pour 1908. MM. Roy et Marcil sont nommés scrutateurs.

Le nouveau Bureau de la Société Médicale de Montréal pour l'année 1908, se compose comme suit :

M. Lesage, Président ; M. Parizeau, Vice-Président ; M. Bourgeois, Secrétaire ; M. Dion, Asst.-Secrétaire ; M. Bourgouin, Trésorier.

Dr LOIR

SEANCE DU 17 DECEMBRE 1907.

Présidence de Monsieur A. Marien.

Membres présents : MM. Bourgeois, Barrette, Chartier, Décarie, Dufresne, Ethier, Cagnon, de Grandpré, Handfield, Lesage, Laurent, Loir, K. Malouf, R. Masson, Marcil, F. de Martigny, L. Parizeau, Rhéaume, Riopelle

Lecture du procès-verbal de la dernière séance par M. Laramée, secrétaire. Rapport adopté à l'unanimité

Au nom du docteur Coromilas, de l'Université d'Athènes, M. F. de Martigny, dépose devant le bureau de la Société Médicale de Montréal, deux exemplaires d'un ouvrage intitulé : " La tuberculose chirurgicale et les échanges respiratoires."

L'ordre du jour comporte :

1o.—Rapport de la Commission du bon lait.

M. R. Masson, en termes précis et justes, rappelle

le travail fait par cette Commission, depuis un an. La Commission s'est assemblée 14 fois. Neuf sous-comités furent nommés pour aider au travail de la Commission.

La Commission a élaboré deux projets de règlements : un projet de règlement provincial et un règlement municipal.

M. de Grandpré propose que le rapport de la Commission tel que lu, soit adopté. M. LeSage seconde la motion.

Le rapport concluant à la nomination d'une délégation, chargée de rencontrer le Premier Ministre de la Province de Québec, pour demander l'appui du ministère, pour l'adoption de ses règlements.

M. F. de Martigny, secondé par M. Boucher, propose que tous les membres de la Commission fassent partie de la délégation.

Ces deux motions sont adoptées à l'unanimité.

MM. J. T. Moreau, L. N. Deforme, J. A. Rouleau, G. E. Beauchamp, H. St. Georges, sont élus membres titulaires de la Société Médicale de Montréal.

Rapport du secrétaire, M. Laramée :

M. Laramée passe en revue tous les travaux faits pendant l'année 1907,

RAPPORT FINANCIER POUR L'ANNEE 1907, PAR M. ETHIER

Au 1er janvier 1907	\$132.00
Recettes	72.00
Dépenses	85.90
Timbres	22.00
Commission du lait	10.00
Impressions	27.50
M. Biron	25.50
Boîte à scrutin	1.40
En caisse	118.05

La Commission d'Hygiène de Montréal, ayant décidé dans une assemblée de nommer un Bactériologiste adjoint, au Laboratoire Municipal, M. Lesage, propose que la Société Médicale, encourage fortement, auprès des membres de cette Commission, la nomination de M. Arthur Bernier. Cette motion secondée par M. de Grandpré, est adoptée à l'unanimité.

M. Marien, président sortant de charge, remercie sincèrement les membres de la Société Médicale de l'avoir aidé par leur encouragement et leur présence durant son terme d'office. Il souhaite à son successeur, tout le succès voulu. Mais il ne veut pas laisser le siège présidentiel sans signaler quelques lacunes, qu'il a observé pendant le cours de l'année. Ainsi, le nombre de présentation de malade, a été réduit à sa plus simple expression, à peine, en signale-t-on 4 ou 5 ; le nombre de pièces anatomiques déposées devant le bureau de la Société, a été très minime ; il semble régner parmi les

membres de la Société une apathie, que rien ne peut motiver. Ainsi, à la fin de l'année médicale 1907 ; il y a encore 4 commissions, qui n'ont pas encore fait rapport et, comme il ne veut pas laisser de reste à son successeur, il se fait un devoir de les dissoudre ; tout en regrettant profondément de n'avoir pu connaître le travail accompli. Après des paroles de remerciements au secrétaire et au trésorier il termine, en souhaitant à M. Lesage, son successeur, une plus grande affluence de membres à la Société et moins d'apathie de leur part pour les travaux scientifiques.

ALFRED MARCIL

Association Medico-Chirurgicale du District de Joliette

SEANCE DU 9 DECEMBRE 1907

Présidence de M. le Dr Bernard.

Le comité "re Exercice illégal" de la médecine fait rapport.

Que toutes les actions judiciaires prises antérieurement contre des rebouteurs et des charlatans, sont réglées ; puis il soumet trois plaintes contre le récidiviste Mireault.

L'Association recommande unanimement de prendre sans délai trois actions contre ce rebouteur dont la justice de notre pays rendra le nom légendaire sans doute.

" Re- Tarif des compagnies d'assurances". M. le Dr Marion annonce qu'il a le plaisir d'informer l'Association que la "Royal Victoria" lui a payé pour un certain nombre d'examens médicaux sur des risques de \$1,000.00, \$5.00 chacun.

M. le Président appuie sur le fait que actuellement l'Equitable, la Mutual de New-York, la Sauvagarde, la Travelers et enfin la Royal Victoria accordent \$5.00 aux médecins pour leurs examens, quelque soit le montant de la police émise. Puis il fait un chaleureux appel aux médecins du district, au nom de la dignité de la profession, de la solidarité de ses membres, pour bien faire comprendre au public médical toute l'indélicatesse, toute l'injustice qu'il y a pour un membre de la profession vis-à-vis de ses confrères et vis-à-vis des compagnies d'assurances qui nous traitent avec justice, à faire des examens au rabais, dans un but de concurrence déloyale. Il est certain que \$5.00 n'est pas de trop pour un bon examen consciencieusement fait, de même qu'il est certain que ce tarif ne restreindra

pas le nombre d'applications, c'est-à-dire d'examens médicaux.

En conclusion, M. le président demande que tous les médecins accordent leurs sympathies aux compagnies qui nous traitent avec équité.

Considérant que dans l'intérêt du "Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du nord", il serait préférable de faire coïncider la prochaine réunion de ses membres avec les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec.

Proposé par M. le Dr S. Roch, secondé par M. le Dr Th. Gervais : Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette approuve entièrement la suggestion faite par les officiers du Congrès de renvoyer la prochaine réunion en juin 1909. Adopté unanimement.

Proposé par M. le Dr A. Rivard, secondé par M. le Dr Paquet : Que MM. les Drs J. Marion, de Joliette ; Th. Gervais, de Berthierville, et J. A. Barolet de Joliette, soient choisis comme assesseurs aux examens universitaires. Adopté.

M. le Dr J. Marion, de Joliette donne une conférence sur l'Ophthalmo-réaction à la tuberculine.

(Cette conférence sera publiée par le "Journal de Médecine et de Chirurgie", dans un prochain numéro).

M. le Dr S. Roch, après avoir félicité M. le Dr Marion, cite une observation personnelle de l'emploi de l'oculo-réaction. Il dit avoir vu à l'Hôtel-Dieu plusieurs malades chez lesquels on avait pratiqué l'oculo-réaction et les résultats en furent positifs. A l'Hôtel-Dieu, l'on a d'abord employé le "Tuberculin Test" pour l'ophthalmo-réaction, de l'Institut Pasteur de Lille, tel que préparé par Calmette. Il semble que la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris est supérieure à celle de Lille, et pour le prouver, M. le Dr Roch cite quelques statistiques de Mantoux de Paris.

Von Pirquett dit que pour les jeunes enfants et les nourrissons, la cuti-réaction est préférable à l'oculo-réaction parce que cette dernière manque souvent chez eux. Jules Lemaire dit que quand l'oculo-réaction est négative, une injection sous-cutanée de la même tuberculine, de deux décimiligrammes provoque une oculo-réaction positive.

En résumé : 1. L'oculo-réaction est très utile pour certaines étiologies douteuses dans le cas de maladie mentale ; 2. Pour faire la classification des malades et isoler les tuberculeux des non tuberculeux ; 3. Pour les examens médicaux des assurances ; 4. Pour les examens d'écoliers soumis à l'inspection médicale.

Comme on le voit, l'oculo-réaction est appelée à rendre de très sérieux et immenses services dans le diagnostic du terrible fléau qu'est l'infection Kochique et nous mettre en position de lutter avec profit.

M. le Dr Laurendeau dit qu'il y a sur le marché plusieurs espèces de tuberculine, mais que toutes ne sont pas utilisables pour l'oculo-réaction. Dès qu'il eut pris connaissance des procédés de Von Pirquett (cuti-réaction) et de Calmette (ophthalmo-réaction), tel qu'exposés par M. le Dr Marion, il eut l'idée de s'adresser à l'établissement américain Parke Davis, pour obtenir ce produit ou quelque chose de similaire. Il reçut des comprimés de tuberculine titrés depuis 1-5 de milligramme jusqu'à 5 milligrammes chacun. Malheureusement la tuberculine sous cette forme n'a aucune valeur ; de plus il est impossible de faire une bonne solution au centième avec ces tablettes parce que la quantité de sucre de lait qui sert de support à la tuberculine est trop considérable, une certaine quantité de lactose demeure en suspension. Le Dr Laurendeau a aussi fait des expériences avec une autre tuberculine (Parke Davis) préparée en vue de l'usage vétérinaire ; et il a obtenu de bons résultats avec cette préparation ; mais il existe une objection : c'est qu'elle est douloureuse au moment de l'application dans l'œil, ce qui est attribuable à la glycerine qui sert de véhicule à la toxine.

Vous trouverez sur le marché deux variétés de tuberculine française, du moins quant à la morphologie: la "tuberculine Test" de l'Institut Pasteur de Lille, sous forme de poudre sèche et la "tuberculine", solution mère au centième de l'Institut Pasteur de Paris ; cette dernière est livrée au commerce dans des ampoules de verre contenant un centimètre cube (15 gts. environ) et se vend un prix très modéré: 30 cts chacune livrées à Montréal. Les deux ont à peu près la même valeur, mais la solution en ampoule est beaucoup plus facile à manier: il suffit de briser l'extrémité de l'ampoule, d'y introduire une aiguille hypodermique un peu longue, d'aspirer deux ou trois gouttes de liquide, puis de les déposer dans l'œil du patient à examiner. Si l'on doit procéder à un seul examen, il est important de bien stériliser la balance qui reste dans l'ampoule. A cet effet, comme la tuberculine n'est pas très fragile, l'on conseille, dans les instructions qui accompagnent chaque paquet, de fermer l'ampoule à la lampe à alcool, puis de la maintenir dans l'eau bouillante une dizaine de minutes ; mais il est plus pratique d'entourer solidement l'extrémité du col de l'ampoule d'un peu de ouate aseptique, puis de procéder à sa stérilisation en la plaçant dans un vase étroit, afin que la ouate dépasse la surface de l'eau bouillante : l'auteur recommande ce procédé dont il n'a eu qu'à se louer. Il ne faut pas trop se hâter, lorsqu'il s'agit de consigner l'effet de la tuberculine ; ainsi le Dr Laurendeau a vu survenir le symptôme caractéristique, c'est-à-dire la congestion conjonctivale, dans un cas, seulement 48 heures après l'instillation de la tuberculine et cela après avoir déclaré à la famille d'une jeune fille soupçonnée atteinte de bacillose qu'elle était indemne de toute tare sous ce rapport, ce qui fut

particulièrement désagréable à l'auteur.

Maintenant comment agit la tuberculine ? en quoi consiste l'ophthalmo-réaction ? En une réaction de défense. Chez les tuberculeux, chez ceux du moins qui ont encore des moyens de défense à leur disposition, sous l'effet lent de petites quantités de toxines fabriquées par les bacilles logés dans l'économie, toxines dispersées dans tous les organes par le sérum sanguin surtout, il se produit de l'antitoxine et cette anti-toxine circulant dans tout l'organisme, est le premier acte de la réaction de défense. Lorsque nous jetons dans l'œil une solution de tuberculine au centième, c'est comme s'il existait là tout à coup une grosse colonie de bacilles, moins quant à la production de tuberculine. Dès ce moment l'économie fait un effort et pousse sur le terrain menacé tous ses moyens de défense, elle commence d'abord à affaiblir l'ennemi avant d'engager la bataille que nous appelons phagocytose en l'espèce. Ces escarmouches préliminaires sont conduites par des substances que l'on appelle: alexine, sensibilisatrices, anticorps, opsonines, etc. Il est certain que dans ces substances, il existe un principe vasodilatateur, facteur de la congestion révélatrice de l'infection. C'est donc en résumé par une feinte, que l'on provoque cette réaction préparatoire à la défense de la république cellulaire qui compose tout individu, puis les lymphocytes, les phagocytes se rendant compte de la fausse alerte, se retirent et retournent à la caserne: tout rentre dans l'ordre en un jour ou deux généralement.

Et maintenant, jusqu'à quel point le médecin peut-il compter sur ce procédé de diagnostic ? Malgré sa nouveauté, l'on peut dire que l'oculo-réaction donnera des indications précises et exactes, chez les adultes au moins, dans 90 à 95 pour cent des cas. Lorsque cette réaction sera positive, alors le médecin pourra affirmer avec certitude, que le sujet soumis à cette expérience est porteur de bacilles tuberculeux dans quelque endroit de son économie. Mais dans la négative, il ne faudrait pas imputer ce manque de réaction à l'absence certaine de tuberculose. D'abord il est connu que chez les cachectisés, les phthisiques à la dernière période il n'y a plus de réaction, sans doute parce que l'économie a épuisé ses moyens de défense, ou peut-être parce que les toxines du bacille sont tellement abondantes qu'ils suffisent à neutraliser complètement les alexines, les anticorps. Mais il est d'autres cas de non-réaction inexplicables, chez lesquels l'examen clinique ou microscopique dénote de la bacillose. Alors, l'on pourra essayer de la cuti-réaction de Von Pirquett, puis comme dernière ressource, une injection hypodermique de tuberculine. Et il n'y a pas de doute que l'emploi de ces trois procédés successifs sera suffisant à dépister le microbe de Koch.

A trois heures p. m., le public est admis dans la salle de délibérations du Conseil de Ville, et M. le Dr Barolet fait une conférence sur "Le matérialisme condamné par la science".

Le Dr Laurendeau lui donne la réplique.

Et la séance est ajournée au mois de mars prochain.