

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE GOÎTRE, SON TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Par le Dr D. MARSIL, St Eustache, Vice-président, pour Québec,
de l'Association Médicale du Canada.

N. B.—Lu devant l'Association Médicale du Canada à sa séance du 27 août 1896.

(Suite et fin.)

Symptômes —Quelle qu'en soit la nature, le goître même de dimension considérable peut exister sans retentissement inquiétant et nuisible sur la constitution ou dans son voisinage immédiat, sur les vaisseaux sanguins, la trachée, l'œsophage et les nerfs. Mais il n'en est pas toujours ainsi. On remarque, à sa surface, que les veines sont dilatées, qu'elles deviennent turgescents au moindre effort, même de la voix, surtout pendant la suspension de la respiration. Le goître, qu'il soit médian, latéral, ou bi-latéral, peut exercer une compression dangereuse sur les organes qu'il recouvre. Il peut refouler latéralement la trachée-artère et l'œsophage, ou simplement applatir le tube aérien au point de gêner gravement la respiration et produire la mort subite.

Cette néoplasie exerce une influence non moins funeste sur la circulation cervicale, sur les nerfs laryngés, pneumogastrique, phrénique et sympathique. En entravant le travail physiologique d'un aussi grand nombre d'organes aussi importants, il n'est pas étonnant que le goître puisse donner lieu à un grand nombre de symptômes qui ne peuvent échapper au clinicien attentif et éclairé.

Si ce n'est que l'isthme qui devienne goîtreux, nous avons alors le goître rentrant, parce qu'il va se réfugier derrière le sternum. On conçoit combien il peut devenir redoutable. Se développe-t-il sur les lobes latéraux, il peut remplir tout l'espace compris entre la mâchoire inférieure—dont il peut gêner les mouvements—et la clavicule, et même descendre sur la poitrine; et depuis son isthme jusqu'en arrière des cleïdo-mastoïdiens.

Le goître se manifeste à tous les âges, mais c'est surtout à la puberté qu'il apparaît le plus souvent.

Cette tumeur peut être pulsatile. Ces mouvements d'expansion s'observent dans le goître vasculaire qui n'est, en général, qu'un adénome fœtal ou myxomateux. Il est important de ne pas interpréter superficiellement ce symptôme qui peut égarer fatalement le chirurgien. Les pulsations propres de cette tumeur doivent être soigneusement distinguées des mouvements qui lui sont communiqués par l'artère ou son anévrisme. Son volume peut varier depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Ce n'est pas par son volume qu'elle peut devenir dangereuse, mais par la compression qu'elle exerce sur les organes de son voisinage.



Sa croissance se fait par progression continue ou intermittente avec période stationnaire inégale et plus ou moins prolongée.

Pendant la période cataméniale et la grossesse, il s'opère un accroissement subit qui peut être dû à une hémorrhagie ou à une poussée de prolifération adénoïde. Sa consistance est loin d'être toujours la même. Elle passe par tous les degrés depuis la solidité pierreuse jusqu'à la flaccidité kystique, sanguine ou purulente.

Sa conformation apparente varie aussi beaucoup : ou elle est lisse, uniforme, ou elle est bosselée, suivant la variété de l'adénome. Si, à la puberté, il apparaît des noyaux durs, et dissimulés dans l'organe hypertrophié, il est justifiable de penser que ce travail se fait dans un adénome fœtal. La glande est-elle envahie par une diffusion régulière sans atteindre un grand volume, nous avons là le caractère particulier de l'adénome interacineux.

Molle, fluctuante, à bosselures sphériques, telle est la physionomie du cysto-adénome proliférant. L'adénome myxomateux se développe par poussée périodique sous l'influence d'hémorrhagies interstitielles.

Il est facile de reconnaître les kystes du corps thyroïdien par la consistance molle et la fluctuation. La ponction, au reste, peut certainement faire disparaître tout doute. Il importe de ne pas oublier que des tumeurs et des kystes peuvent être formés par des diverticules pédiculés.

Avec ces quelques remarques sur la symptomatologie et le diagnostic des néoplasies bénignes du corps thyroïdien, il est facile de se convaincre que toutes ces altérations pathologiques n'offrent point de difficultés au clinicien pour en établir les différents caractères.

Mais en l'absence d'adénopathie, il n'est pas aussi aisé de reconnaître les tumeurs malignes de cet organe. Il nous faut prendre en considération l'âge du malade et le rapide développement du néoplasme qui sont à peu près les seuls éléments de diagnostic. Trop souvent les altérations que produisent ces tumeurs ont trompé le chirurgien en s'imposant à son observation comme troubles phlegmatiques. Cette erreur est fatale en faisant perdre un temps précieux et en retardant une opération qui ne peut être pratiquée avec quelque espoir de succès que tout à fait au début de la maladie.

Non seulement le goître entrave plus ou moins la respiration, mais il peut y faire obstacle absolu et produire la mort subite en infléchissant le canal aérien. Lorsque la compression, l'incurvation, le ploiement, l'aplatissement de la trachée sont tels qu'ils empêchent l'acte respiratoire, l'asphyxie est promptement fatale.

La compression des nerfs laryngés produit des troubles de phonation qui passent par tous les degrés depuis la dysphonie jusqu'à l'aphonie. Enfin cette compression peut également compromettre les fonctions de l'œsophage.

Il importe de se rappeler que le goître peut être rétro-pharyngien et rétro-œsophagien.

Il ne faut pas attribuer les morts subites seulement à la compression, à l'incurvation et au déplacement de la trachée, il importe de reconnaître que la compression des nerfs laryngés et prévertébraux en est la cause la plus fréquente.

Je crois devoir négliger l'importante question du goître exophtalmique et du goître avec exophtalmie afin de ne pas prolonger cette conférence outre mesure.

Traitement.— Le goître est susceptible de résolution, c'est la guérison par les efforts seuls de la nature : "vis mediatrix nature." Mais il faut le reconnaître, c'est bien rarement que la nature accomplit ces actes aussi bienfaisants. Il est certain qu'un goîtreux, en s'éloignant du pays où il est né pour habiter une région où cette maladie est presque inconnue, verra, sous l'influence climatérique, son affection diminuer considérablement ou même disparaître. Le traitement hygiénique ne saurait donc être négligé. Il importe à ceux qui sont héréditairement prédisposés à cette grave maladie d'aller vivre sous un climat plus sain où il pourra faire usage d'eau non suspecte et respirer un air sain.

Au début, le goître parenchymateux et l'adénome cèdent assez facilement à l'action de l'iode qu'il faut éviter de donner à doses massives afin de se prémunir contre l'iodisme. Il faut badigeonner le goître avec l'onguent iodé et non avec la teinture qui ne fait que racornir la peau sans être absorbée. Ce traite-

ment externe est efficacement secondé par l'administration interne de l'iode sous forme de préparation de Lugol. Particulièrement dans les régions où le goitre n'est pas endémique, ce traitement triomphe presque toujours de cette affection. Injecté dans la glande hypertrophiée, l'iode produit d'excellents effets.

Il faut que la canule de la seringue de Pravaz pénètre sûrement le tissu néoplasé afin de ne pas s'exposer à répandre cette injection dans le tissu cellulaire où il peut produire une inflammation redoutable. Ce traitement a causé la mort, quoique rarement, par embolie pulmonaire.

On a aussi recours à l'injection d'acide phénique, d'arsenic, d'ergotine, d'achaol, d'acide osmique et enfin d'iodoforme dissout dans l'éther et l'huile d'olive (1 : 7 : 7) ou (1 : 5 : 9).

L'efficacité de l'iodoforme semble être aussi grande même plus grande que celle de l'iode. Ce dernier traitement contre le goitre a été mis en pratique en 1890 par von Hésotig. Il injecte une quinzaine de gouttes de ce mélange tous les 2 ou 5 jours. Il suffirait de trois à seize injections pour compléter le traitement.

Le moyen de se prémunir contre l'accident le plus redoutable de l'injection — je veux dire l'introduction de l'aiguille dans un vaisseau sanguin — consiste à n'enfoncer que l'aiguille seule afin de constater s'il s'y produit ou non un écoulement sanguin. Dans le premier cas, il faut retirer l'instrument et ponctionner encore un autre endroit d'où il ne vient pas de sang ; alors ajoutez la seringue et injectez. Je n'ai pas besoin d'observer qu'il faut éviter les vaisseaux sous-cutanés qui sont ordinairement turgescents ; enfin que cette petite opération doit être faite selon les règles de l'asepsie.

Depuis 1893, le goitre a été traité par la poudre ou l'extrait de la glande thyroïde du mouton ou du veau. Les résultats ont été si encourageants qu'ils doivent engager les médecins à en faire bénéficier leurs malades avant de les soumettre à l'opération. Il est entendu que ce traitement ne peut rien contre le goitre malin.

Coincidence heureuse, c'est que ce traitement par l'extrait de goitre s'est montré tout aussi efficace contre le crétinisme. Les brillants succès du traitement du crétinisme et du myxœdème par l'extrait thyroïdien est un des plus beaux triomphe de la science moderne qui évoquera pour toujours les noms de Schiff, Victor Horsley, Fark, Tetford Smith et autres.

Quel ne doit pas être notre espoir pour l'avenir de ces infortunés que le défaut de développement moral et physique rangeait dans cette classe pitoyable des parias de la nature, suivant l'expression du Dr Crary, de New-York, qui ajoute : " Si nous rompons avec le terme crétinisme et que nous interrogeons plus attentivement les symptômes du myxœdème, nous découvrirons que beaucoup des soit-disant idiots, imbéciles, crétins etc., parmi les enfants, sont de fait des cas d'inactivité fonctionnelle de la glande thyroïde, et de là, susceptibles de traitement par l'extrait thyroïdien avec espoir d'amélioration et même de guérison."

Alors qu'il est établi, hors de tout doute, que le crétinisme, le myxœdème et le goitre, qui n'en sont que des expressions objectives, peuvent être influencés heureusement et même guéris par l'extrait thyroïdien, je me demande pourquoi ne nous nous efforcerions-nous point, par un traitement préventif, à prémunir les

opérés contre le plus redoutable accident consécutif à la thyroïdectomie—le strumiprivo ou myxœdème chirurgical. On sait que l'excision ou l'énucléation partielle du corps thyroïdien goîtreux n'empêche pas ce syndrome de se manifester trop ostensiblement. C'est mon opinion que tous les malades qui doivent subir la thyroïdectomie devraient, quand la chose est possible, être soumis pendant au moins deux ou trois semaines au traitement par l'extrait thyroïdien, afin de se prémunir contre la strumiprivo.

Thyroïdectomie.—Alors que le goître est déjà ancien, qu'il a subi des transformations et des dégénérescences contre lesquelles le traitement hygiénique et médical ne peut plus rien ; qu'il gêne et la respiration et la déglutition ; qu'il menace le malade d'asphyxie, qu'il devient intolérable par les douleurs reflexes qu'il produit, et les troubles de la circulation qu'il cause ; que le malade est menacé de mort subite, il est du devoir impérieux du chirurgien d'intervenir sans retard. Il a le choix de deux modes opératoires : l'énucléation et l'excision.

Comme l'ovariotomie, la thyroïdectomie peut être très simple et très facile mais ce n'est là pour les deux opérations que l'exception, et encore bien rare exception. Ce sont de ces opérations où le chirurgien doit être préparé à toute éventualité et à l'imprévu.

Il est admis en chirurgie et c'est une règle sanctionnée par l'expérience qu'il ne faut enlever qu'un lobe pour prévenir le myxœdème chirurgical ; et encore est ce un moyen sûr ? L'expérience nous enseigne que la strumiprivo peut survenir même plusieurs années après l'opération.

Pour énucléer la tumeur, il faut faire l'incision dans le sens de son plus grand diamètre, et lier toutes les veines importantes entre deux ligatures avant de les sectionner. Après avoir ouvert la capsule, il faut aussi inciser la couche corticale, et procéder lentement à l'énucléation du ou des néoplasmes en franchissant les cloisonnements qui les isolent. Il peut arriver qu'en énucléant, on rencontre des vaisseaux assez volumineux pour causer une hémorrhagie ennuyeuse, il est sage de les ligaturer avant de passer outre.

L'énucléation s'accompagne toujours d'un écoulement sanguin abondant qui, au reste, peut toujours être contrôlé par le tamponnement à la gaze odoriférée ou sublimée. Quelque fois il importe de laisser en place ces tampons au moins vingt heures pour maîtriser l'écoulement sanguin.

Ce procédé, si simple et si sûr dans son exécution, n'est applicable qu'à l'adénome et à l'hypertrophie. S'agit-il de collection colloïde, sanguine ou gélatineuse de tumeurs malignes,—sarcome ou carcinome—ou encore de dépôts calcaires, alors c'est à l'excision qu'il faut avoir recours. Quoique redoutable et délicate, cette opération est entrée de plein pied dans le domaine de la chirurgie courante. La route à suivre dans cette périlleuse entreprise a été jalonnée sûrement par Billroth, Wolfser, Julliar, Maurice Jeannel, Kocher et autres ; et dans notre Canada par M. le Dr Shepherd du McGill.

Comme question d'esthétique, il faut commencer l'opération en incisant la peau à la partie inférieure de la tumeur d'un sterno-cléido-mastoidien à l'autre. Cette incision à convexité inférieure laissera une ligne cicatricielle qui se dérobera au regard dans les plis du cou. Cette question est bien puérile pour la chirurgie,

mais elle n'importe pas peu pour le juvénile beau sexe—quand même il serait laid.

D'une manière générale, il faut, dès le début de l'opération, s'ouvrir un champ d'action où l'on puisse manœuvrer aussi librement que le permet la région antérieure et latérale du cou avec toutes ses veines, ses artères et ses nerfs.

Billroth incise les tissus superficiels en longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, mais dans la clinique de Kocher, où on a fait le bilan des difformités consécutives à l'opération, on a donné la préférence à l'incision convexe inférieurement pour obtenir le meilleur effet cosmétique. Mais ne s'attardons pas à une question aussi secondaire pour nous préoccuper sérieusement de quelle manière il faut attaquer une grosse tumeur thyroïdienne.

Il est nécessaire de bien se rappeler quelles sont les veines superficielles qui se trouvent dans le champ opératoire. "Ce sont, entre le paucier et l'aponévrose. 1o les jugulaires externes; 2o les jugulaires antérieures; 3o la jugulaire communicante supérieure, qui réunit les deux jugulaires antérieures au niveau de l'os hyoïde; 4o les jugulaires obliques qui longent le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et s'anastomosent en bas avec les jugulaires antérieures; 5o enfin la jugulaire communicante inférieure qui réunit au niveau de la fourchette sternale les deux jugulaires obliques." (Beauvais et Bouchard).

Avec ces notions anatomiques, il importe de procéder de manière à découvrir largement la tumeur tout en divisant toutes ces veines transversalement autant que possible et non longitudinalement.

Plusieurs procédés ont été suivis : l'incision en V menée de chaque côté en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien; (Rose, Billroth) l'incision médiane prolongée jusque sur le sternum; (Reverdin et Julliar) l'incision médiane depuis la fourchette sternale au cartilage éricoïde puis oblique pour confiner à la grande corne de l'os hyoïde; (Kocher) le lambeau en U à base supérieure; (Tillaux et autres) enfin l'incision en J en dirigeant la branche verticale sur le point culminant de la tumeur. Ainsi, il y a du choix. Je donne la préférence au procédé de Kocher parce qu'il évite d'ouvrir les veines longitudinalement. Toutefois j'ai opéré différemment. Il faut sectionner tous les vaisseaux entre deux ligatures pour prévenir l'hémorrhagie et l'entrée de l'air, accidents redoutables.

Arrivé sur la tumeur il faut ouvrir la capsule et la sortir de cette enveloppe. Si elle descend derrière la partie supérieure du sternum, il faut l'en sortir et rechercher la veine et l'artère thyroïdiennes inférieures et les ligaturer séparément, si on le peut, ce qui n'est pas toujours facile. En ligaturant les vaisseaux thyroïdiens inférieurs, il ne faut pas oublier que le récurrent laryngé, logé dans la rainure œsophago-laryngée, est dans le voisinage presque immédiat. Il faut l'éviter quand même pour prévenir des conséquences désastreuses. C'est la partie la plus délicate et la plus difficile de l'opération. Ensuite il reste à trouver et à ligaturer la veine et l'artère thyroïdiennes supérieures; la tâche ici est beaucoup moins ardue. En soulevant la partie supérieure et latérale de la tumeur, et suivant les battements de l'artère carotide commune, en montant à la corne de l'os hyoïde on arrive sûrement sur la thyroïdienne supérieure. Lorsque ces vais-

seaux sont ligaturés, l'écoulement de sang, qui est souvent abondant et qui vient de toute la surface du champ opératoire, cesse presque complètement, si aucun autre vaisseau important n'a été blessé. Il ne reste plus qu'à libérer la tumeur des adhérences qui la retiennent en place, puis enfin à diviser son isthme entre deux ligatures après l'avoir détaché, avec beaucoup de précaution, de la trachée pour ne pas la léser.

S'il ne veut pas—et il ne doit pas le vouloir—se tailler de sérieuses misères, le chirurgien doit contrôler l'hémostase à toutes les phases de l'opération. Il le doit au reste pour le plus grand avantage de son malade dont il faut ménager les forces et la résistance.

Je ne saurais terminer la description de la thyroïdectomie sans faire une observation qui n'a échappée à aucun chirurgien qui a pratiqué cette formidable opération; ou plutôt je laisse à M. Maurice Jeannel le privilège de nous remettre en mémoire cette observation: "En effet, dit-il, pour ne citer qu'un cas qui m'est personnel et où j'étais décidé d'avance à suivre le procédé susdit (de Kocher), j'ai VAINEMENT cherché à reconnaître les veines et les artères thyroïdiennes. Je n'ai trouvé tout autour de la tumeur qu'un plexus veineux très serré au milieu d'adhérences fibreuses très solides; mais de grosses veines, je n'en ai point vues; j'ai vu et lié la veine thyroïdienne supérieure; j'ai vu et disséqué l'artère carotide et le pneumogastrique, je n'ai point vu d'autres artères, ni le recurrent, bien que je les ai attentivement recherchés. Aussi ai-je dû me contenter de libérer ma tumeur en sectionnant toutes les adhérences entre deux ligatures."

Comme on le voit, même pour les maîtres, la topographie du champ opératoire de la thyroïdectomie—comme celle de presque toutes les grandes opérations—n'est pas toujours claire et précise comme une belle planche anatomique. A part des accidents hémorragiques, qui ne sont pas incoercibles, il en est un autre qui peut produire la mort même pendant l'opération, c'est l'aplatissement de la trachée en fourreau de sabre pendant les inspirations. A l'exemple de Kocher, il faut accrocher la paroi trachéale découverte avec une égrigne et la maintenir béante.

Pour ne pas abuser ni de votre temps, encore moins de votre patience, je ne m'arrêterai pas aux accidents consécutifs à la thyroïdectomie; comme l'aphonie, la dysphagie, la dyspnée et les complications pulmonaires etc., etc., mais je ne puis passer sous silence la cachexie strumiprive ou myxœdème chirurgical qui est une conséquence trop fréquente malheureusement après même l'excision partielle.

J'en dirai un mot au cours du récit d'un fait qui m'est personnel et que je rapporterai avec votre bienveillante permission.

Vers le 15 de septembre 1894, je recevais la visite de Madame F. du Sault Ste Marie—Lac Supérieur. Cette malade portait un goître bilatéral énorme, surtout du côté droit.

Elle a 43 ans; pas de tare héréditaire; a toujours joui d'une bonne santé; est encore menstruée régulièrement; a eu six enfants; n'a pas eu d'enfants

depuis le début de sa maladie qui remonte à trois ans; tempérament lymphatique; est assez fortement charpentée et pas amaigrie.

Du côté droit le néoplasme couvre toute la partie latérale depuis la ligne médiane jusqu'en arrière du sterno-cléido-mastôïdien et depuis la mâchoire inférieure, dont il gêne considérablement les mouvements de mastication. Jusqu'à la clavicule qu'il presse fortement et s'enfonce dans l'encoche sternale. Le côté gauche, moins développé, offre à l'examen deux éminences contiguës remplissant toute l'espace susclaviculaire, mais ne confinant point à la mâchoire. Le timbre vocal est caractéristique: la dyspnée, au moindre exercice, devient très sérieuse, en plus, dysphagie et douleur réflexe vers la face, la tête et la poitrine.

À gauche les tumeurs sont solides—pas un point de ramollissement. À droite, une bonne moitié du goître est solide, le reste est mou, presque fluctuant.

Diagnostic: goître colloïde.

Je conseille à ma malade de se laisser opérer sous le plus court délai parce qu'elle était menacée de mort subite à brève échéance.

La pensée de l'opération ne parut point l'effrayer outre mesure, mais il fallait s'entendre avec le mari. En attendant son arrivée, elle vint consulter un chirurgien d'un des hôpitaux de Montréal qui la consola en lui affirmant que cette opération ne se pratiquait que "pour la mort ou pour la vie." N'est-ce pas un peu la règle pour toutes les grandes entreprises chirurgicales? Puis il l'arma de prescription et de seringue pour injecter sa tumeur!!

Elle m'arriva quelques jours après avec son mari qui lui aussi consentait à l'opération.

Je n'ai pas besoin de dire que, deux ans durant, elle avait été tenue inutilement sous l'influence du traitement iodé.

Le 25 septembre, avec mon ami M. le Dr T. Desjardin, de Ste-Thérèse, comme chloroformisateur, et assisté de mon fils Charles Marsil et de mon clerc, M. T. Lesage, j'enlevais tout le lobe droit.

Opération.—J'incisai verticalement la peau, le paucier et l'aponévrose cervicale depuis la partie inférieure du corps thyroïde jusqu'au sternum et je fis une autre incision perpendiculaire à la première depuis l'espace crico-thyroïdien jusqu'en arrière du sterno-cléido-mastôïdien,—liant tous les vaisseaux importants entre deux ligatures. Ensuite j'ouvris la capsule et la séparai de la tumeur. Quoique j'eusse appliqué plusieurs ligatures l'hémorrhagie était considérable. Je me hâtai de dégager le néoplasme de dessous le sterno-cléido-mastôïdien pour trouver la veine et l'artère thyroïdiennes supérieures et les lier, ce qui eut l'effet de contrôler l'hémorrhagie qui épuisait l'opérée.

Puis je soulevai la partie inférieure de la tumeur pour la sortir de la fourchette sternale et arriver à la veine et l'artère thyroïdiennes inférieures que je liai avec une seule ligature dans le voisinage du trou carotidien. Malgré toute la bonne volonté que j'y ai mise il m'a été impossible de dissocier ses vaisseaux pour les lier séparément.

Enfin je détachai, avec précaution, l'isthme de la trachée; et la sectionnai entre deux ligatures.

Après avoir contrôlé tout suintement sanguin, je pansai la plaie antisept-

tiquement avec autant de soins que j'en avais apporté à l'asepsie anté-opératoire.

Je plaçai les fils de la ligature des vaisseaux thyroïdiens dans l'angle inférieur de la plaie et je suturai les lambeaux.

La malade étant dans un état de prostration considérable, un des assistants lui fit, presque coup sur coup, deux injections hypodermiques,—une d'éther et l'autre de brandy.

La réunion se fit par première intention et quinze jours après l'opération, ma malade retournait au Sault Ste. Marie.

Tout alla au mieux jusqu'au mois de mars. c'est-à-dire, 6 mois après l'opération. alors qu'elle m'informa que son cou, son visage, ses bras et ses mains enflaient tous les jours de plus en plus, c'était le thyroïdisme ou le myxœdème chirurgical qui faisait son apparition.

Je la mis sous le traitement à la poudre de glande thyroïdienne de mouton que je remplaçai, quelques semaines plus tard, par l'extrait, parce qu'elle ne pouvait supporter le goût de la poudre qui lui donnait des haut-le-cœur. Je fus obligé de suspendre, de temps à autre, ce traitement et le remplaçai par la teinture de veratrum viride parce que les battements du cœur devenaient d'une violence extrême. Après environ quatre mois de ce traitement, le myxœdème avait disparu, pour être suivi d'oppression et de toux. Enfin au mois de décembre, 1895, quinze mois après l'opération, le Dr Gibson, du Sault Ste. Marie, m'apprenait que ma malade avait succombé à ce qu'il pensait être la consommation.

Je me permets de vous présenter aussi un autre schéma d'un cas de lymphadénome avec exophtalmie que j'ai opéré en juillet 1890. Ce cas a recidivé après quatre mois pour se terminer fatalement.

Je ne vous parlerai point d'électrolyse ni de thyroïdecthésis ou exothyropexie. parce que ces procédés attendent encore la sanction de l'expérience.

Comme suprême engagement à entreprendre la thyroïdectomie, Kocher, sur 900 cas. n'a eu que 1 pour cent de mortalité dans l'opération du goître bénin. Le pourcentage de mortalité qui était de 40 0/0 en 1850, tombait à 21 0/0 en 1877, pour arriver, avec la période d'antisepticité et surtout d'asepsie, presque à l'immunité : 1 0/0.

St. Eustache, 20 août 1896.

ERRATUM.

Dans notre dernière livraison, où nous avons publié la première partie de ce travail, page 582, avant dernier alinéa, au lieu de : "participer au carcinôme et au sarcome," veuillez lire : "participer du carcinôme et du sarcome."

“ LA MÉDECINE MODERNE ”

Par E. P. BENOIT, M. D. (1)

Monsieur le Doyen,

Messieurs les Professeurs,

Messieurs,

Le mois de septembre, qui vient de finir, nous a offert un spectacle bien original et très caractéristique. Nous avons vu un ambassadeur chinois, portant encore dans sa mâchoire la balle japonaise tirée à Yokosimo, venir faire des compliments aux autorités d'Europe et d'Amérique, pendant que là-bas, sur cette terre de Chine où règne le Fils du Soleil, un médecin français guérissait vingt-cinq moribonds. Et tandis que Li Hung Tchang admirait notre civilisation moderne et distribuait l'ordre du Double Dragon à ceux qui lui rendaient service, le Dr Yersin télégraphiait à Paris au doyen de la Faculté de Médecine : “ J'ai découvert le sérum de la peste ” Les deux faits mis en regard l'un de l'autre sont significatifs. Dans ce pays lointain de l'Asie, on voit des peuples à demi barbares rejeter leurs traditions anciennes et faire preuve d'un désir insatiable de connaître, pendant que des savants opiniâtres combattent, à leur point d'origine, les maladies qui furent au moyen-âge la terreur du genre humain. Cela caractérise tellement notre siècle de progrès scientifique, cette poussée de l'humanité entière vers des horizons nouveaux, que l'observateur stupéfait se demande avec inquiétude ce que l'avenir nous réserve.

Aussi, mon Alma Mater m'ayant fait le très grand honneur de m'inviter à vous adresser la parole, j'ai pensé qu'il serait intéressant, en face des progrès récemment accomplis, de faire une revue d'ensemble de la science médicale à notre époque

Certes, je n'ai pas la prétention d'épuiser le sujet, ni même de l'analyser dans tous ses détails. La spécialisation des travaux a tellement compliqué, de nos jours, l'étude de la médecine, que la tâche serait au-dessus de mes forces. Mais, laissant de côté toutes les questions accessoires, ne tenant compte que des faits primordiaux, de ceux dont la démonstration a déplacé les principes fondamentaux de la science même, je voudrais vous faire voir dans toute sa simplicité, sa clarté et j'oserai dire sa splendeur, la médecine moderne.

Depuis vingt ans, la médecine a changé de base, et cela par le fait même du

(1) Discours prononcé dans la nouvelle salle de Clinique de l'Hôpital Notre-Dame, à l'occasion de l'ouverture des Cours de la Faculté de Médecine, le 6 Octobre 1896.

progrès des autres sciences et de la création de sciences nouvelles. A mesure que l'on a approfondi les phénomènes de la nature, la position de l'homme dans le règne animal est devenue mieux définie. On a trouvé que les lois de la matière organique s'appliquaient à lui comme à tous les êtres organisés vivants, et que, animal perfectionné par excellence, il subissait tout comme les autres les influences du milieu. On a compris davantage le fonctionnement de l'organisme physiologique, et l'étude des maladies organiques s'est éclairée d'un jour nouveau après les découvertes de Pasteur. Si bien que Bouchard l'année dernière a pu écrire que nous avons aujourd'hui notre manière de nous rendre compte des faits pathologiques, et que les acquisitions accumulées par l'observation des siècles écoulés nous étaient d'autant plus précieuses que nous pouvions les comprendre à la lumière des révélations de la science expérimentale contemporaine.

Ce n'est pas mon intention de vous donner l'histoire de la question. Avec votre bienveillante permission, je passerai simplement en revue, d'une manière rapide et superficielle, les données actuelles sur les maladies infectieuses, sur les maladies de la nutrition, sur les maladies organiques, m'efforçant de vous démontrer que les unes et les autres ont bénéficié du progrès commun ; que la cause déterminante, la pathogénie des symptômes, les indications du traitement, telles qu'on les comprend aujourd'hui, ont changé de signification, ont pris une importance plus grande. Après avoir étudié quelques points en détails, nous arriverons cependant à cette conclusion que malgré les progrès accomplis par l'expérimentation et malgré les bases nouvelles fournies à la thérapeutique, le seul critérium en médecine demeure toujours l'observation ; que nous ne faisons qu'entrer dans une voie nouvelle, pleine de promesses, où les moyens d'étude sont plus nombreux et plus précis que par le passé, mais où il est nécessaire, comme autrefois, d'user de tact, de jugement et de prudence.



Quand Pasteur eut prouvé que la génération spontanée n'existe pas, que les fermentations sont causées par des germes, quand il eut démontré que les feuilles de mûriers malades produisent la flâcheté des vers à soie, et que les vers malades passent la maladie aux vers sains, quand surtout, transportant ces données à l'homme, il eut fait voir la spécificité de toute une classe de maladies que l'on appelle infectieuses, il créa une science nouvelle : la bactériologie. Cette science a établi d'une manière complète, irréfutable, hors de conteste, que les maladies infectieuses ont une cause spécifique, vivante, organisée, cause qui se multiplie, qui s'accroît, qui se métamorphose, qui vit dans les éléments, qui se nourrit aux dépens de la matière organique, et qui, forcément, doit venir en contact avec l'organisme humain, puisque l'homme emprunte à la nature ses aliments et son oxygène.

Or, l'on comprend facilement l'importance de cette nouvelle donnée. L'homme, malgré toute la perfection de son anatomie et de son fonctionnement physiologique, subit les atteintes des germes spéciaux de fermentation qui s'implantent dans ses tissus, vivent aux dépens de ses cellules, secrètent des toxines

qui empoisonnent ses humeurs et peuvent même envahir la circulation générale. Alors, la nutrition se trouve profondément troublée, il en résulte des symptômes caractéristiques dont le pronostic est facile à concevoir, dont le traitement exige avant toute chose l'élimination du poison.

Mais ce n'est pas tout. Les expériences nombreuses et variées qui ont suivi les découvertes de Pasteur ont établi que les microbes ne pénètrent dans l'organisme qu'à la condition de trouver une porte d'entrée favorable. C'est un fait d'une importance capitale. On rencontre des microbes partout : dans l'air, dans le sol, dans l'eau, dans la bouche, dans l'intestin. La présence de ces germes dans les éléments et dans l'organisme est un fait normal qui fait partie de l'histoire naturelle, et dont on rencontre la démonstration partout où il y a de la vie. L'aptitude de ces mêmes germes à faire éclater la maladie dès que l'équilibre fonctionnel de l'organisme est rompu est un fait anormal, pathogène, mais corollaire du premier, et démontré de plus en plus par l'observation médicale.

Aussi l'établissement de la cause spécifique de certaines maladies et de la nécessité d'une porte d'entrée a amené, comme conclusion pratique et nécessaire, le développement de l'hygiène domestique, et de la prophylaxie. Les maladies spécifiques sont de par leur nature contagieuses, donc elles sont évitables. Faisons de la désinfection, pratiquons l'isolement, établissons des mesures préventives. Il faut que l'organisme soit affaibli pour que la maladie s'implante ; donc rendons nos demeures salubres, respirons de l'air pur, soignons notre régime alimentaire, prenons de l'exercice, évitons le surmenage, efforçons-nous, en somme, d'avoir une bonne santé.

Si, par suite d'un accident, ou d'une contagion inévitable, la maladie s'établit chez un individu, n'essayons pas de l'étouffer sur place, mais tâchons d'aider l'organisme à l'éliminer par une thérapeutique exacte et raisonnée. Rappelons-nous que dans les maladies infectieuses les symptômes ne sont que les signes extérieurs de la réaction de l'organisme contre une cause envahissante, qu'il s'agit de ne pas intervenir maladroitement, et, sous prétexte de lui porter secours, de paralyser ses efforts. Au contraire, il faut constamment faire tendre notre thérapeutique vers le but qu'il poursuit lui-même : éliminer les toxines, cicatriser les lésions, rétablir enfin l'équilibre de la nutrition cellulaire. On a recours pour cela, aujourd'hui, un peu à la pharmacologie, pour faciliter le jeu des émonctoires, beaucoup à l'hygiène pour activer la nutrition et la défense cellulaire, surtout à la sérothérapie, le triomphe de la science nouvelle, la méthode par excellence de demain, le remède spécifique de l'avenir.

C'est Pasteur qui a démontré l'origine des maladies infectieuses, les différents modes de contagion, le rôle que joue l'organisme dans le développement des symptômes, l'acheminement vers la guérison par l'immunité. C'est à la physiologie expérimentale inaugurée par Claude Bernard, c'est à la chimie organique perfectionnée par Armand Gauthier, c'est à l'histologie normale et pathologique

représentée par Virchow que revient l'honneur d'avoir établi sur des bases solides la part de la nutrition dans les maladies, et l'action de la cellule dans la nutrition. Quand parut la "Pathologie Cellulaire" de Virchow, ce fut une véritable révolution dans le monde médical. Ce livre modifiait profondément la vieille théorie de l'inflammation, cette pierre de voûte de la médecine. L'inflammation n'était plus seulement un phénomène vasculaire, dû à l'hyperhémie et à l'exsudation, mais il fallait encore compter avec la multiplication des éléments cellulaires et la diapédèse des globules blancs. L'organisme était frappé non pas par le dérangement fonctionnel des organes, mais par l'altération de leurs tissus.

Puis, l'on prouva bientôt que l'oxygénation du sang n'est pas suffisante pour la nutrition organique, que ce liquide doit une grande partie de ses propriétés réparatrices non-seulement à ses globules, mais encore à certains principes chimiques; que les uns et les autres lui sont fournis par des organes dont le rôle était totalement inconnu autrefois, et qu'on a appelés hématopoïétiques: la glande thyroïde, les capsules surrénales, la rate, le pancréas, la moëlle des os. On a prouvé en outre que le sang apporte non-seulement les principes nutritifs aux tissus, mais encore aux glandes les principes de la sécrétion. On a analysé les sucs de l'estomac, on a étudié les fermentations intestinales, on a vu comment se faisait l'absorption, comment s'établissait la sécrétion, quelles étaient enfin les conditions nécessaires à une assimilation parfaite. De tout cela il est résulté que les organes ont non-seulement leur fonctionnement anatomique, mécanique, mais encore leur fonction physiologique, chimique, et les deux processus ont pour point de départ commun la nutrition cellulaire.

Aussi l'étude des maladies de la nutrition a-t-elle considérablement changé de base. On s'est mis à tenir compte, beaucoup plus qu'avant, du tempérament, de la constitution et des diathèses. On a étudié davantage l'hérédité et les grands problèmes sociaux qui s'y rattachent. Tandis que les maladies infectieuses procèdent d'une cause venue de l'extérieur, le rhumatisme, la goutte, le diabète, la gravelle, l'obésité relèvent d'un trouble profond de l'organisme, siégeant dans les cellules mêmes, trouble le plus souvent héréditaire, qui donne à l'individu malade une nutrition spéciale, un aspect caractéristique, qui diminue profondément sa résistance, le met à la merci des complications accidentelles qui peuvent survenir, et surtout oblige sa progéniture à des précautions hygiéniques exceptionnelles pour ne pas devenir victime de l'héritage familial.

Aussi, voyez comme les résultats thérapeutiques sont différents. Tantà que dans les infections la sérothérapie est en train de fournir à chaque maladie son remède, qu'il est toujours permis, même dans les cas graves, de compter sur la réaction de l'organisme et l'élimination des produits toxiques, les maladies de la nutrition nous offrent des individus atteints dans leur vitalité même, pour lesquels le régime alimentaire est encore le plus grand bienfait, mais dont on ne peut changer la constitution, et qui ne parviendront qu'à force d'hygiène intelligente et de soins assidus à ne pas trop sentir peser sur leurs épaules le stigmate héréditaire.

Mais les maladies infectieuses et celles de la nutrition ne doivent point nous faire perdre de vue les organes. Si ce sont eux qui servent de porte d'entrée à l'infection, si souvent l'altération nutritive se manifeste par une lésion organique ou tout au moins un trouble fonctionnel, témoins le poumon dans la tuberculose, l'intestin dans la fièvre typhoïde, le système artériel et le rein dans la goutte, le cœur dans l'obésité, rappelons-nous cependant que les organes peuvent être malades sans que l'organisme soit infecté, sans que la nutrition ait été troublée primitivement. Il faut ici, toutefois, faire une distinction importante entre les maladies aiguës et les maladies chroniques. Les premières ne sont le plus souvent qu'une réaction violente contre une cause passagère ; c'est ce que l'on voit dans les stomatites, la bronchite simple, la gastrite, l'entérite simple, etc. En face de ces manifestations très douloureuses souvent, effrayantes toujours pour les malades, mais de courte durée, le médecin se sent rempli d'une confiance absolue, car il est armé de pied-en cap contre ces accidents qu'on pourrait appeler superficiels. Combien la scène est différente quand la maladie s'établit insidieusement, altérant peu à peu le tissu de l'organe, modifiant profondément sa fonction physiologique, tout cela sans grande manifestation, sans crise bien accentuée, mais suivant toujours une marche tenace, progressive, difficile à enrayer et qui finit par modifier, elle aussi, d'une manière profonde, la nutrition cellulaire. C'est ce que l'on constate dans la dyspepsie, les néphrites chroniques, les lésions valvulaires, etc. Le médecin, dans ces cas là, perd de son assurance, car il lui faut résoudre une foule de problèmes dont le plus important et le moins facile à réaliser est le rétablissement dans son intégrité complète de la fonction de l'organe.

Cependant, l'étude des maladies organiques a bénéficié, tout comme les autres chapitres de la science médicale, des progrès récents. On constate aujourd'hui que le rôle des principaux viscères est plus complexe qu'on ne l'avait cru d'abord. Le chimisme stomacal, les principes extractifs de l'urine, du sang, de la bile, les fonctions glycogéniques du foie, les sécrétions des différentes muqueuses, la composition du protoplasma des cellules, toute cette belle et grande question, enfin, de la sécrétion glandulaire n'est connue d'une manière suffisante que depuis quelques années. Aussi le fonctionnement des organes prend-il, plus que jamais, une importance capitale dans la série des phénomènes vitaux.

Enfin, de toutes ces études est sortie la grande loi de la solidarité des organes, loi dont on n'a pas toujours tenu compte d'une manière suffisante dans les applications de la thérapeutique. La machine humaine, si compliquée qu'elle soit, a besoin de tous ses rouages pour fonctionner d'une manière parfaite. Si par malheur une des pièces vient à se fausser, il ne faut pas croire cependant que la vie va s'arrêter brusquement comme une bobine dont le moteur est brisé ; la force vitale y suppléera pour un temps limité en faisant agir sur un autre organe la loi des suppléances ou celle des compensations. Mais l'individu demeure malgré tout un blessé de la vie, un invalide pour qui les plus grands ménagements sont nécessaires.

Messieurs, j'éprouve ici le besoin de m'arrêter un instant, de sortir un peu des généralités, de préciser d'avantage, pour certains organes que je choisirai

exemple, les liens qui unissent entre elles les diverses fonctions organiques, les raisons d'être qui donnent aux symptômes toute leur signification, et fournissent à la thérapeutique ses indications les plus précieuses.

Prenons le poumon. Laissons de côté la phthisie et la pneumonie, qui sont deux maladies infectieuses, la congestion et l'hémoptysie, qui sont deux accidents vasculaires. Occupons-nous seulement de la muqueuse des bronches, et de son inflammation. Vous allez probablement dire : "Ah ! oui ! Le rhume" ! Eh bien, examinons le rhume en détail, à l'aide des acquisitions récentes de la science.

L'anatomie, l'histologie, l'étude des sécrétions glandulaires ont fourni sur ce sujet aux médecins cliniciens des renseignements tellement précis, qu'ils lui permettent, par l'examen seul des crachats, de localiser le point de départ dans l'arbre bronchique de l'expectoration. "Avant d'ausculter, regardons le crachoir," telle est la nouvelle formule. Constatons-nous la présence de crachats muco-purulents, opaques, verdâtres, nullement aérés, roulants, crachats composés de muco-pus de la surface épithéliale englobant de nombreuses cellules desquamées : nous savons qu'ils viennent de la trachée et des grosses bronches. C'est un simple rhume de poitrine. Sont-ils, ces mêmes crachats, mêlés de spume abondante, aérés ; ils proviennent alors des glandes en grappe de la muqueuse, l'inflammation s'étend jusqu'aux bronches de bifurcation. C'est une bronchite légère. Mais voilà que les crachats sont formés de mucus adhérent, transparent comme du verre, strié de bulles et non rouillé ; ce mucus s'étale, colle au fond du crachoir, dont il laisse voir le fond. Attention ; ce mucus vient des portions reculées de l'arbre bronchique, de celles qui n'ont plus de glandes différenciées : c'est une bronchite diffuse, profonde, bronchite grave qui peut se capillariser, et qu'on verra presque toujours s'accompagner de la présence de l'albumine dans les urines.

Voilà pour les différentes variétés de l'inflammation chronique simple. Mais la connaissance des relations qui existent entre le poumon et les autres organes, l'étude des maladies de la nutrition et des maladies infectieuses nous ont montré qu'à côté de ces bronchites aiguës simples, il y a les bronchites cachectiques, que l'on rencontre chez les albuminuriques, les cardiaques, les emphysémateux, qu'il y a les bronchites réflexes des arthritiques et des neurasthéniques, les bronchites symptomatiques de la grippe, des fièvres éruptives, de la tuberculose.

L'on comprend alors combien varié doit être le traitement de la bronchite, combien étudiée son application. Le rhume de poitrine guérit avec du repos, un peu d'opium contre la toux et des boissons chaudes. La bronchite légère demande déjà un peu plus d'attention. Mais la bronchite est-elle diffuse et profonde, il est de la plus grande importance d'agir vite à l'aide de la médication vomitive, des vaso-constricteurs, de la saignée même, afin d'éviter que l'inflammation ne devienne capillaire. Sachant que le poumon se congestionne toujours

dans la bronchite, que le cœur par conséquent peut facilement faiblir par l'obstacle apporté à la circulation, on attache une importance très grande au repos, au repos absolu, soit dans la chambre, soit au lit s'il y a de la fièvre. La bronchite s'établissant chez les cardiaques lorsque la compensation fait défaut, à cause de l'œdème pulmonaire amené par la gêne de la circulation, on la traitera par les toniques cardiaques, les diurétiques, les sudorifiques généraux ; on évitera avec soin la saignée ou l'ipéca. La bronchite des albuminuriques se trouvera bien du régime lacté, dans certains cas : dans d'autres où l'albuminurie n'est qu'un symptôme prémonitoire de la tuberculose, la suralimentation et l'huile de foie de morue seront les remèdes de choix. A leur tour les bronchites symptomatiques offrent des indications spéciales : telle la bronchite grippale où l'asthénie cardiaque peut survenir au moment où l'on s'y attend le moins.

Voilà déjà des indications multiples et variées. Voyez maintenant les bronchites chroniques.

L'œdème de la muqueuse a amené l'infiltration. Les vaisseaux sont dilatés. La muqueuse elle-même est épaisse et ramollie. Le mucus sécrété est riche en cellules mortes. l'épithélium nouveau se compose de cellules à peine formées. En un mot, la bronchite chronique transforme la surface bronchique en une surface desquamante et demi suppurante. Le poumon est touché. Et comme les muscles lisses que l'on trouve à la base des replis muqueux sont dissociés, on voit survenir la dilatation des bronches et la stagnation des sécrétions. Les glandes sécrétoires, énormes, infiltrées de cellules lymphatiques, ne sécrètent plus que du mucus ; plus de liquide séreux pour charger l'air au passage de cette vapeur d'eau qui le rend inoffensif pour l'alvéole ; plus de sécrétion qui, renfermant des diastases et des ferments actifs, épure le courant aérien bronchique, dans l'état normal, d'une foule de particules étrangères et même de germes introduits par le mouvement inspiratoire. Plus d'action des muscles sur l'excrétion des glandules si nombreuses dans les bronches de distribution. Aussi, qu'est ce qui survient bientôt ? La sclérose des parois bronchiques et le ramollissement du tissu hyalin des anneaux. C'est l'emphysème en perspective.

Voilà les lésions que le médecin rencontre dans la bronchite chronique. Nous sommes loin d'une simple congestion, d'une simple suractivité sécrétoire.

Que faut-il faire devant ces désordres en apparence irréparables ? Calmer la toux, d'abord ; calmer aussi les spasmes laryngés. C'est souvent long et difficile. On pourra ensuite songer à traiter les lésions organiques en relevant la nutrition par une hygiène appropriée, en augmentant la puissance cardiaque pour diminuer l'œdème, en s'efforçant de rendre normale les sécrétions glandulaires par les médicaments balsamiques. Et suivant qu'on aura affaire à des scrofulo-tuberculeux, à des arthritiques, à des obèses, à des vieillards, à des brightiques, on devra modifier son traitement.

Prenons un autre organe, Messieurs, prenons le rein. Comment a-t-on prouvé qu'un rétrécissement de l'urèthre pouvait amener une pyélo-néphrite ? En étudiant d'une façon minutieuse la physiologie des organes génito-urinaires.

Le rétrécissement amène la stagnation de l'urine dans la vessie, d'où fermentation ammoniacale urinaire, altération de la muqueuse vésicale et cystite. Mais le rein continuant sa sécrétion régulière, et la vessie ne se vidant pas régulièrement. l'urine séjourne aussi dans l'uretère, et bientôt dans le bassin, d'où par le même procédé que dans la vessie, pyélo-néphrite infectieuse. Nous avons là un exemple frappant de l'établissement d'une porte d'entrée.

Ne sait-on pas aujourd'hui que les maladies infectieuses, les maladies de la nutrition, les intoxications surtout, peuvent retentir sur les reins au point de provoquer l'urémie.

Enfin, l'étude de l'albuminurie n'a-t-elle pas, dans ces dernières années, changé d'une manière complète, grâce au progrès de l'anatomie, de la physiologie, de la chimie, de l'histologie. Combien longtemps n'a-t-on pas considéré le rein comme un simple émonctoire et l'albumine comme l'expression extérieure d'une lésion rénale plus ou moins irrévocable et constituant par essence le mal de Bright. Que de discours n'a-t-on pas faits pour ou contre l'identité pathologique du gros rein blanc ou du petit rein rouge, de la néphrite parenchymateuse et de la néphrite interstitielle !

Or, l'on sait aujourd'hui que le rein est à la fois un filtre et une glande ; que la partie aqueuse de l'urine, contenant certains sels en solution, filtre à travers le glomérule, et cela d'autant plus facilement que la pression artérielle, à ce niveau, est beaucoup plus considérable que dans le réseau capillaire des membres, tandis que d'autres principes, en particulier l'urée et l'acide urique, sont sécrétés par les cellules des tubes contournés. On a prouvé que le rein hypertrophié et blanc, que le rein contracté et rouge, ne sont que des étapes différentes d'un même processus morbide, et à côté des albuminuries brightiques, résultat d'une lésion rénale, sont venues prendre place les albuminuries fonctionnelles, sans lésion anatomique. On a dit : La néphrite chronique qui s'accompagne de polyurie, d'hypertension cardio-vasculaire, d'œdème limité, d'anémie modérée, d'albuminurie variable ou légère, voilà le mal de Bright. La néphrite qui survient dans les maladies infectieuses ou toxiques amène une albuminurie aiguë qui est encore une albuminurie brightique, et la lésion siège surtout à l'épithélium. Mais il y a des albuminuries sans lésion rénale, albuminurie des cardiaques, albuminuries d'origine nerveuse, albuminuries dyscrasiques, albuminuries des troubles de la digestion, albuminuries des goutteux, albuminuries intermittentes de la période pré-tuberculeuse.

Le traitement sera-t-il le même dans les différents cas ? Evidemment non, puisque les indications ne sont plus les mêmes. Dans les albuminuries brightiques, on aura : diminution de la perméabilité du rein, augmentation de son excitabilité, et lésion rénale accompagnée d'anémie, d'où la première indication d'une alimentation douce, peu toxique et réparatrice, le régime lacté. Dans les albuminuries fonctionnelles, il n'y a plus de lésions, il n'y a qu'un symptôme. Le lait, encore indiqué dans l'albuminurie des cardiaques, à cause de son action diurétique, devient inutile dans l'albuminurie des neurasthéniques, ou à la période de début de l'ataxie locomotrice, ou encore chez les obèses gros mangeurs dont la nutrition est retardante. Et tandis que chez ces derniers le régime doit

être sec, on prescriera dans les cas d'albuminurie matutinale, indice de tuberculose imminente, les viandes grasses et les graisses.

Voilà, Messieurs, l'albuminurie telle qu'on la comprend aujourd'hui. Mais ces données précises, on n'a pu les établir qu'après des recherches nombreuses, et cela seul fait voir combien les renseignements fournis par la médecine expérimentale sont précieux pour le praticien.

Messieurs, j'ai tâché de vous montrer, dans cette revue trop courte et trop superficielle, sur quelles bases nouvelles et solides s'appuie la médecine moderne. Mettant à profit les points importants établis par les différentes branches de la science médicale, elle devient peu à peu plus précise dans son diagnostic, plus éclairée sur la signification des symptômes, plus assurée et plus audacieuse dans le choix de sa thérapeutique. Elle ne néglige aucun des renseignements qu'on peut lui fournir. L'esprit toujours en éveil, toujours prête à faire suivre l'interprétation d'un fait par l'action, elle réunit dans une activité commune les chercheurs de tous les pays, et fait bénéficier le praticien du fruit de leurs découvertes. Gravissant lentement les divers échelons de l'échelle sociale, elle fait peu à peu pénétrer partout ses idées larges et humanitaires. La santé publique devient la préoccupation des gouvernements et des villes; elle donne lieu à des relations internationales, et la loi est en train d'attacher aux règlements sanitaires la même importance qu'à ceux de la sécurité publique. Aussi le médecin se voit-il obligé, par la force même des choses, de se tenir au courant du progrès, s'il veut être à la hauteur de sa position sociale, s'il veut supporter d'une manière honorable les responsabilités de sa profession. Il est obligé d'agir de concert non pas avec son entourage seulement, mais avec l'humanité toute entière. La science médicale est devenue cosmopolite. Comme l'écrivait Bouchard l'année dernière : " Notre planète est trop petite, les communications y sont, sur tous les points, trop fréquentes et trop promptes, pour qu'on puisse s'immobiliser dans le mouvement général. Il faut compter avec la doctrine d'une époque."

N'oublions pas cependant, Messieurs, que s'il est nécessaire d'apprendre les nouvelles doctrines, il est bon aussi de conserver les traditions anciennes. La médecine moderne, si modifiée qu'elle soit, n'a pas changé la nature humaine, n'a rien effacé des progrès antérieurs. Seule l'interprétation des faits a varié à la suite des découvertes récentes et de la mise en jeu d'un nouveau facteur, l'expérimentation. Mais, aujourd'hui comme au temps d'Hippocrate, l'observation demeure le premier devoir du médecin, l'application de la thérapeutique le seul critérium des nouvelles données. Plus que jamais le praticien doit user de discernement et baser sa conduite sur les deux seules facultés qui soient ici bas une garantie de succès : la science guidée par le jugement.

J'ai eu le bonheur, Messieurs, pendant ma cléricature, d'être l'élève et l'ami de deux hommes qui possédaient à un haut degré la science éclairée et le jugement sûr. L'impression qui m'est restée des rapports quotidiens que j'avais

alors avec eux est demeurée si profondément gravée dans mon esprit, que je ne veux pas terminer ce discours sans vous en dire quelques mots. Non pas que ceci soit un prétexte à louange. Mais il m'a paru convenable, en face des écrits récents et des idées nouvellement émises, de rappeler que le travail désintéressé et le mérite personnel peuvent exister même chez des médecins Canadiens-Français, même parmi des professeurs de notre Université Catholique.

Le Dr Laramée était avant tout un homme de parole et un homme d'action. C'était le type parfait du médecin clinicien. Rendu dans son service dès les dix heures du matin, il faisait d'abord la visite de ses malades, et tout en leur prescrivant des remèdes, tout en leur prodiguant des conseils, il choisissait les sujets de sa causerie du jour. Car c'était, beaucoup plus que des leçons, de bonnes et amicales causeries, qui n'excluaient pas la science, mais la mettait à notre portée dans un style brillant avec une éloquence convaincante. Si le professeur éprouvait un bonheur réel à nous faire part de ses connaissances pratiques, y mettant la gaieté délicate d'un cœur bon, la largeur de vue d'un esprit lucide, je n'ai pas besoin de vous dire avec quelle avidité nous, ses élèves, nous assistions à ce régal de l'intelligence. Le Dr Laramée n'a eu dans sa vie qu'une seule passion, son service à l'Hôpital Notre-Dame. Il y est resté fidèle jusqu'à la dernière minute, malgré le mal interne qui faisait déjà des progrès constants, et jusqu'au dernier moment, il a fait preuve de cette probité qui constituait le fond de son caractère. Sa dernière leçon avait été sur les affections du cœur; il y enseignait pour la première fois, malgré son enseignement antérieur, que le rétrécissement est la conséquence ultime de l'insuffisance; aussi tenait-il à ce que la leçon fut publiée avant sa mort. Et je me rappelle qu'étant allé lui soumettre les notes que j'avais recueillies, je m'étais senti rempli d'une admiration émue devant la suprême énergie de cet homme, obligé à tout moment de laisser se calmer la douleur atroce qui lui rongeaient les entrailles, pour ensuite ajouter un mot qui rendait sa pensée précise, intercaler une phrase qui donnait plus de clarté à son style. Quand il envoya le manuscrit au Dr Desrosiers, il lui écrivit: "Je crois bien, mon pauvre ami, que c'est le dernier travail que tu recevras de moi." Il mourut dans le courant de l'été.

Le Dr Desrosiers était un homme de cabinet et d'étude, vivant entre ses livres, ses journaux et sa plume. La dernière nouvelle arrivée de France était pour lui un mot délicieux, l'annonce d'un médicament nouveau lui causait un bonheur complet. Travailleur acharné et consciencieux, il quittait la copie commencée ou hâtait la correction des épreuves pour courir donner son cours ou faire une clinique, puis, après avoir visité ses malades en ville, il revenait dépouiller son courrier et préparer son travail du soir. Rien ne pouvait le distraire de ses études: ses seuls moments de répit étaient les assemblées du conseil universitaire ou du bureau médical de cet hôpital, dont il avait été, ainsi que le Dr Laramée, l'un des fondateurs.—Aussi consciencieux dans le travail que son confrère, toujours rempli de son sujet, il vous arrêta sur la rue pour vous dire: "Est-ce que vous employez la strychnine en injections hypodermiques? Oui. Eh bien, servez-vous du chlorhydrate plutôt que du sulfate. Ce sel se dissout mieux, d'abord; et puis l'injection est moins douloureuse pour le malade." Qui ne se

rappelle pas la silhouette de cet homme de bien, remontant de son pas tranquille la rue St. Denis, avec sous son bras un paquet de journaux, dans la main son calepin et la liste des visites à faire. Celui-là aussi est resté à son poste jusqu'au dernier moment, et le mal terrible qui a broyé sa volonté et terrassé l'homme en pleine vigueur n'est pas venu assez vite, cependant, pour l'empêcher de satisfaire l'ambition de toute sa vie, la publication du *Traté de Thérapeutique et de Matière Médicale*. Le nom du Dr Desrosiers demeure gravé dans la mémoire de tous, car il laisse une œuvre durable et une réputation intacte.

Le Dr Dagenais était aussi l'un des fondateurs de cet hôpital. La clinique dont il était chargé le retenait sur un autre terrain, mais il portait un intérêt très vif à tout ce qui touche à l'enseignement médical dans les hôpitaux. Il n'a abandonné son poste que lorsqu'un mal impitoyable l'eut saisi à la gorge et forcé de s'aliter pour mourir, mais il laisse un souvenir durable et de nombreux élèves qui ont su profiter de ses leçons.

Je termine, Messieurs, et non pas sans regret. Car j'aurais voulu aussi vous parler de ceux qui se dévouent à l'heure actuelle à l'enseignement médical, de ceux qui, comme monsieur le Dr Rottot, et Sir William Hingston, pour ne citer que les plus en vue, font honneur à notre profession et la font connaître au dehors. Mais ces hommes sont aussi modestes qu'ils ont de savoir, et c'est encore leur faire plaisir que de ne pas leur dire de compliments. Je vous ai montré suffisamment d'ailleurs, par les exemples déjà cités, que l'on rencontre, même chez nous, des hommes de science, de dévouement, de travail et de mérite. Je voudrais en ce moment me faire entendre de toute la profession, afin que l'on comprenne bien que la solidité d'une nation et l'avenir d'une race ne sauraient avoir pour bases la défiance et le dénigrement, et que, dans notre jeune pays surtout, les choses stables ne s'édifient qu'avec du dévouement et du sacrifice. Certes, les rêves que je fais pour l'avenir de notre nationalité sont aussi beaux que ceux de n'importe qui, et je me garderai bien de ne pas y mettre toute l'ardeur et tout l'enthousiasme de la jeunesse. Mais je suis bien convaincu que, chez les peuples comme dans les familles, le respect des traditions est une grande force, et que, étant donné les circonstances spéciales où nous nous trouvons dans cette province, la clef du succès est toute entière dans notre devise : **L'UNION FAIT LA FORCE**. Quand on sera parvenu à la mettre en pratique entièrement et sans arrière pensée, on s'apercevra que les Canadiens-Français, dans le mouvement général, ne restent pas en arrière.

Montréal, 25 septembre 1896.

Le Dr Fisher recommande la quinine dans le traitement de la coqueluche. Ce médicament, dit-il, diminue en trois ou quatre jours le nombre des quintes. Pour un enfant d'un an, on donne des doses d'un grain à un grain et demi.

Le Dr Eschle, dans le traitement de la coqueluche, emploie l'antipyrine combiné à la belladone en infusion; une partie d'antipyrine pour deux d'infusion de feuilles de belladone.

DE L'EMPLOI DU SERO-DIAGNOSTIC

DE

WIDAL DANS LA FIEVRE-TYPHOÏDE ET DE SA MISE EN PRATIQUE DANS LES LABORATOIRES D'HYGIÈNE (1).

PAR WYATT-JOHNSON, M. D.

Bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, Pathologiste au
Montreal General Hospital.

Un intérêt double s'attache à la découverte importante faite par Widal que le sérum des malades souffrant de fièvre typhoïde est capable, quand on le mélange à une culture pure du bacille typhoïde dans du bouillon, d'arrêter les mouvements actifs si caractéristiques de cet organisme, et d'agglutiner les bacilles en amas ressemblant à des zoogléés.

D'un côté, avec le sérum d'un cas non douteux de fièvre typhoïde, nous pouvons appliquer ce qui est probablement l'épreuve la plus concluante que nous ayons pour déterminer si un organisme est véritablement ou non le bacille typhoïde. De l'autre côté, avec une culture du véritable bacille typhoïde, nous pouvons réciproquement décider si un cas douteux est ou n'est pas la fièvre typhoïde.

Bien que la méthode d'épreuve soit toute récente, ceux qui l'ont essayée paraissent pratiquement unanimes à en reconnaître la délicatesse, et surtout, les résultats négatifs qu'elle donne sont aussi concluants que les positifs, ce qu'on ne peut guère dire de l'épreuve bactériologique de la tuberculose.

La méthode primitive de Widal consistait à retirer du sang de la veine d'un bras du patient à l'aide d'une seringue stérilisée, à décanter le sérum quand il était séparé du sang, puis à l'ajouter à du bouillon de culture du bacille typhoïde. On plaçait le tout dans un incubateur, et l'on pouvait, après plusieurs heures, constater la présence d'un précipité composé de bacilles immobiles et agglutinés, tandis que la partie supérieure du liquide restait claire. Widal trouva que cette réaction était caractéristique du sang typhoïde, le sang d'autres maladies fébriles, telles que malaria, typhus, tuberculose, pyohémie, etc., aussi bien que le sang d'une personne en bonne santé n'ayant pas la propriété, lorsqu'on le mélangeait à des cultures typhoïdes, de produire ce phénomène. Ceux qui ont contrôlé les expériences de Widal ont pu confirmer les résultats obtenus par ce savant, ainsi que l'exactitude de son affirmation quand il dit que les colibacilles ne donnent pas la réaction avec le sang typhoïde.

(1) Lu à Buffalo devant l'Association Américaine d'Hygiène, 17 septembre 1896.

Widal put heureusement simplifier sa méthode en prenant une goutte de sang du bout du doigt et, dès que le sérum s'était séparé, en le mélangeant avec une goutte de culture de bacilles typhoïdes mobiles : on pouvait alors constater la réaction sous le microscope, et cela en quelques minutes. Dieulafoy donne un bon témoignage en faveur de la précision de cette épreuve et de sa valeur comme diagnostic dans les cas obscurs.

Mon attention fut attirée d'abord sur la méthode par des médecins qui me consultèrent sur la nature de cas suspects de typhoïde, et mon expérience actuelle est entièrement d'accord avec celle de Widal et de Dieulafoy pour ce qui concerne la grande valeur de la méthode dans le diagnostic clinique.

Comme la réaction paraît, suivant toute probabilité, dépendre de la présence de substances analogues aux toxines ordinaires, et comme plusieurs de ces toxines conservent leurs propriétés même à l'état sec, j'ai pensé que cela pourrait être vrai de la substance qui donne la réaction de Widal (1). L'avantage de pouvoir se servir d'une substance séchée devenait évident surtout lorsqu'il s'agissait de l'application de cette méthode au diagnostic bactériologique rapide de la fièvre typhoïde dans les laboratoires municipaux, tout comme on le pratique aujourd'hui pour les cas de diphtérie.

Au lieu de prendre le sérum dès qu'il est exudé, j'ai laissé sécher la goutte de sang ; et j'ai trouvé qu'ensuite, en l'humectant, la solution obtenue ainsi était tout aussi efficace que le sérum pur dans l'application de l'épreuve.

Cette propriété semble demeurer intacte même lorsqu'on a laissé sécher le sang pendant plusieurs jours. Mes recherches sur la longueur du temps où le sang séché peut continuer à réagir ne sont pas encore terminées.

J'ai soumis à l'épreuve, de cette manière, le sang de dix malades souffrant d'une attaque caractéristique et non douteuse de fièvre typhoïde. La réaction a été concluante dans chaque cas, à 22° C. Dans 8 cas, la perte de la mobilité et l'agglutination étaient complètes au bout de 2 à 15 minutes. Des deux autres cas, l'un, au début de la maladie, demande 30 minutes pour donner une réaction complète, tandis que l'autre, dans une période avancée, après une rechute, demande une heure.

Contre-épreuve.—Je tentai ensuite l'épreuve avec le sang de dix autres patients de l'hôpital, et avec celui provenant d'un certain nombre de personnes saines, et je ne pus dans aucun cas obtenir la réaction. Je pus dans certains cas observer pendant quelques minutes une tendance à l'agglutination dans la solution sanguine mélangée à la culture, mais des bacilles isolés conservaient tout le temps certains mouvements de translation (traversée du champ d'optique), et ils augmentaient graduellement en nombre et en activité jusqu'à reprendre après une heure ou deux leurs mouvements de vie qui persistèrent le jour suivant et, dans certains cas observés, après une semaine. Avec le sang typhoïde, on n'observait, règle générale, que les mouvements oscillatoires ou "browniens," bien que l'on put distinguer, lorsque la proportion de sérum ajouté était très

(1) Dans une note lue à l'Académie de Médecine par Dieulafoy (29 septembre) Widal établit que la propriété agglutinante est due, non pas aux leucocytes, comme on le pensait, mais aux substances albuminoïdes du plasma sanguin.—N. D. L. R.

petite, des mouvements d'enroulement ou de tiraillement dûs apparemment à l'action des cils. Cependant la translation d'un point à un autre dans le champ du microscope était complètement abolie.

Dans deux cas douteux, examinés au point de vue du diagnostic, les résultats furent négatifs. Dans l'un des deux on découvrit plus tard l'hématozoaire de Lavéran (plasmodium malariae). Le second cas laissa l'hôpital avant qu'on eût éclairci le diagnostic, mais la température demeura normale pendant deux semaines et les seuls symptômes furent un mal de tête persistant et du vertige. L'un des cas examiné dans la contre-épreuve avec des résultats négatifs avait eu la fièvre typhoïde deux années auparavant.

Dans une communication sur le sujet faite à Buffalo, le 12 septembre 1896, devant l'Association Américaine d'Hygiène, je soumis la méthode, pour ce qui concerne son application à l'hygiène publique, à une épreuve que je considère suffisamment pratique. Je donnai instruction au Dr D. D. McTaggart, pathologiste résidant à l'hôpital, de m'envoyer par la poste, lorsque j'aurais quitté Montréal, une lettre contenant des gouttes de sang desséché provenant de plusieurs cas non douteux de fièvre typhoïde, et aussi, afin de servir de preuve, des gouttes de sang desséché provenant d'autres malades de l'hôpital, de préférence de malades souffrant de maladies fébriles, et n'ayant pas eu de fièvre typhoïde. Toutes ces gouttes de sang devaient être numérotées, et la clef, donnant le diagnostic clinique de chaque cas, placée dans une enveloppe séparée et cachetée.

Je quittai Montréal le 13 de septembre. Des échantillons de sang provenant de six malades furent recueillis et expédiés, comme il avait été convenu, le 14. Le 16, je remettais, à Buffalo, la lettre non décachetée au Dr Bissell, bactériologiste de la ville, qui voulut bien prendre soin de la clef. Après une heure passée à l'examen des échantillons, j'écrivis mes diagnostics sur le revers de l'enveloppe cachetée. On verra par le document ci-joint, que le Dr Bissell a bien voulu signer à ma demande, que les résultats furent parfaitement en accord dans chaque cas avec le diagnostic clinique, et les préparations, examinées par un certain nombre de bactériologistes compétents, firent voir qu'il existait des raisons sérieuses pour en arriver aux conclusions formulées.

Témoignage du Dr McTaggart, bactériologiste, résidant au *Montreal General Hospital* : Les échantillons de sang ont été mis à la poste une journée après le départ du Dr Johnson. Ce médecin ne connaissait pas le contenu de la clef et n'avait aucun moyen particulier de s'assurer lesquels des échantillons correspondaient à du sang typhoïde, et lesquels à du sang non typhoïde.

Signé : D. D. MCTAGGART.

Témoignage du Dr Bissell, bactériologiste de la ville de Buffalo, dans l'état de New-York.

Buffalo, 16 septembre 1896.

Reçu aujourd'hui du Dr Wyatt Johnson une enveloppe cachetée mise à la poste en Canada et timbrée "Montréal, 14 septembre 1896." J'ai ouvert cette lettre et constaté qu'elle contenait : (a) six lamelles de verre numérotées de 1 à six et portant chacune une goutte de sang desséché, et (b) une enveloppe

cachetée marquée "clef." Reçu du Dr Johnson, après qu'il eut examiné le sang par le séro-diagnostic de Widal, le rapport suivant. No 1, typhoïde; No 2, typhoïde; No 3, typhoïde; No 4, non typhoïde; No 5, non typhoïde, No 6, douteux, probablement non typhoïde. J'ouvris alors la clef et constatai que le diagnostic clinique pour chaque cas était No 1, fièvre typhoïde; No 2, fièvre typhoïde; No 3, fièvre typhoïde; No 4, malaria, No 5, adéno-carcinome du cou; No 6, maladie du cœur.

Signé :

WILLIAM E. RISSELL.

On remarquera que dans l'un des cas négatifs j'ai donné une opinion réservée. Ceci est dû à ce que c'était le dernier spécimen examiné et qu'il semblait y avoir un commencement d'agglutination, quoique le mouvement ne fut pas aboli. Un second examen fait quelques heures plus tard montra des mouvements si animés que je n'aurais pas eu la moindre hésitation à déclarer qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde, si les circonstances m'eussent permis de garder mon opinion jusqu'à ce moment.

Les officiers sanitaires désiraient depuis longtemps un moyen sûr de diagnostic de la fièvre typhoïde. C'est un fait reconnu que la profession est fort négligente à signaler les cas de fièvre typhoïde, et nous pouvons affirmer que cette négligence vient du peu de certitude dans les réponses que nous pouvons donner. Il est probable que l'aide apporté par le diagnostic bactériologique rapide, et même la confirmation du diagnostic dans la période de début de la maladie amèneront les médecins à faire un rapport plus exact des cas de leur pratique. Outre qu'il peut servir à distinguer la fièvre typhoïde de maladies aussi bien connues que la tuberculose ou la malaria, le procédé de Widal servira probablement, on est en droit de s'y attendre, à éclairer le mystère qui enveloppe ces cas douteux de fièvre bilieuse, fièvre rémittente, fièvre gastrique, etc., que l'on rencontre si fréquemment dans les endroits où la fièvre typhoïde existe, et qui sont si rares autrement—du moins dans les régions tempérées exemptes de malaria.

Ceux qui sont appelés à faire une enquête sur une épidémie de fièvre typhoïde sont très embarrassés par le nombre considérable de cas de fièvre mal définie et transitoire qui surviennent chez les personnes exposées directement à l'infection et par l'impossibilité où nous sommes de tirer une conclusion bien définie des réponses que l'on nous fait, quand nous voulons savoir si les cas en question doivent être regardés comme des cas de fièvre typhoïde abortive ou non. D'après mon expérience personnelle, ces cas sont habituellement aussi nombreux ou plus nombreux que ceux où les symptômes corroborent le diagnostic de fièvre typhoïde.

J'ajouterai quelques mots au sujet de la technique. J'emploie un objectif sans immersion (distance focale $\frac{1}{2}$). On dissout une parcelle de la goutte de sang avec une goutte d'eau stérilisée, et l'on place une goutte de la solution obtenue sur une lamelle de verre passée à la flamme. L'on ajoute ensuite à cette goutte une goutte de bouillon de culture (la culture sur agar diluée fait aussi bien). Le tout est placé sur une cellule creuse et scellé à la vaseline. Je fais la contre-épreuve en comparant la préparation avec une goutte de sang d'un cas

non douteux de fièvre typhoïde, et aussi avec une goutte de sang normal. Le principal point à obtenir, c'est l'uniformité de température, parce que l'agglutination ne se fait pas bien si les mouvements sont lents. Une plaque à eau chaude remplace très bien l'incubateur, et comme support chauffé une lame de cuivre suffit. Cependant, dans un laboratoire bien chauffé, ces choses sont inutiles, et l'on se guidera sur l'activité des mouvements des bacilles pour savoir s'il faut recourir à la chaleur artificielle. Pour recueillir la goutte de sang, n'importe quelle surface polie fait l'affaire; les lames ou les lamelles de verre ont l'avantage d'être propres et stérilisables; mais je trouve très commode le papier à écrire ordinaire ou un simple carton glacé, parce qu'on peut facilement l'étiqueter et l'expédier. Les pinceaux employés dans la diphtérie peuvent servir, mais la présence de substances étrangères, telles que des fibres, est un ennui. Si la goutte contient des pigments sanguins, c'est un avantage, car on peut la mettre mieux au point sous le microscope.

L'un des avantages d'employer le sang desséché, c'est qu'il est à l'abri des organismes qui pourraient le contaminer durant son transport. Lorsque l'on a des doutes au premier moment sur l'exactitude de la réaction observée, ou n'aura qu'à conserver la préparation pendant quelques heures pour les voir bientôt se dissiper. Ce délai permet une augmentation évidente et progressive des mouvements lorsqu'il s'agit de cas autres que la fièvre typhoïde, et dans les cas de fièvre typhoïde, au contraire, l'agglutination est plus parfaite.

Une condition essentielle, c'est que la culture soit bien marquée. Celle dont je me suis servi m'avait gracieusement été envoyée par M. J. J. Mackenzie, bactériologiste au Conseil Provincial d'Hygiène d'Ontario, et provenait de l'Institut Hygiénique de Berlin. Elle se développe d'une manière caractéristique sur la gélatine, la pomme de terre, le bouillon, l'agar et le lait. Elle réagit au papier litmus et offre tous les signes caractéristiques du bacille d'Eberth.

On voit que cette innovation de sécher le sang, qui m'est personnelle, n'est qu'une simplification ou plutôt qu'un complément du procédé de Widal, à qui nous devons la découverte de cette propriété si intéressante et si importante du sang typhoïde.

J'ai fait cette communication parce que la méthode que je suggère semble mieux adaptée que celles employées jusqueici pour ranger ce moyen d'épreuve dans la pratique ordinaire des laboratoires d'hygiène publique et en rendre l'usage plus général.

M. BROUARDEL a lu dernièrement à l'Académie de Médecine un travail de MM. Delval et Surmont (de Lille) dans lequel ces auteurs montrent que le genièvre est une boisson relativement peu toxique. Sa toxicité tient essentiellement à la quantité d'alcool éthylique qu'il renferme. Les accidents déterminés par cette liqueur doivent être attribués à la quantité de liqueur absorbée et non aux impuretés qu'elle contient.

BRAULT (d'Alger) a employé avec succès les injections d'oxyde jaune, puis le calomel, chez les psoriasiques; mais il survient des récidives après quelques mois, comme avec les autres traitements.

LES ECOLES VÉTÉRINAIRES EN CANADA

Par Mr. F. T. DAUBIGNY, M. V.

Discours prononcé à l'ouverture des cours de l'École Vétérinaire Française de Montréal, le 6 octobre 1896.

Messieurs les Professeurs,

Messieurs.

Le conseil de l'école m'a désigné pour faire le discours d'ouverture des cours de la 11e session de l'École de Médecine Comparée et de Science Vétérinaire de Montréal, agrégée à l'Université Laval, mais permettez-moi, Messieurs, bien que je n'aie pas décliné cet honneur que je peux bien appeler redoutable, quand je considère la grandeur de la tâche qui m'est imposée et tout ce que je n'ai pas pour y suffire, d'espérer à bon droit, vu mon inexpérience, que vous ne serez pas trop sévères pour les omissions que vous remarquerez sur le sujet que j'ai choisi et que j'ose aborder afin de me conquérir votre indulgence. Cependant avant d'entrer en matière, je dois avant tout saluer l'Université Laval et notre Alma Mater et remercier bien sincèrement les gouverneurs de l'Université ainsi que son vice-recteur M. le chanoine Racicot, pour avoir mis à la disposition de l'école et des professeurs, des appartements spacieux très confortables pour y donner des cours vétérinaires. Cette admission dans la belle bâtisse universitaire est de nature à rehausser le prestige de notre profession et de son enseignement qui va prendre de l'extension par le fait seul d'être en contact avec l'enseignement de toutes les sciences qui se donnent dans cette grande université, appelée à jouer un rôle des plus importants au point de vue du travail scientifique, du patriotisme et du catholicisme.

Combien aussi ne devons-nous pas de reconnaissance à ceux qui se sont dévoués à l'enseignement vétérinaire au point de sacrifier leurs intérêts matériels pour former à Montréal des médecins vétérinaires.

Messieurs, la session que nous ouvrons s'annonce sous les plus heureux auspices entre autre par l'admission de nouveaux professeurs disposés à travailler en commun au progrès de la science vétérinaire.

Programme.—J'arrive donc à mon sujet qui consiste dans l'historique de la vétérinaire et de ses écoles depuis leur création jusqu'à ce jour tant en Europe qu'ici au Canada, principalement dans la province de Québec.

Messieurs, la vétérinaire ne comprend pas seulement la médecine pratique des animaux, elle sert aussi à désigner les connaissances nécessaires, à prévenir, à guérir les maladies des animaux et à appliquer tout ce qui est relatif à leur utilisation rationnelle.

Embrassant l'universalité de nos animaux de toutes les espèces la vétérinaire est la partie la plus étendue de la médecine comparée, la branche la plus grande de la médecine générale, et malgré l'espèce d'abjection dans laquelle l'art vétérinaire se trouve, on ne peut nier son importance, on ne peut lui refuser le rang qu'il est digne d'avoir dans la série des sciences ; je dirai plus, on ne peut contester les services importants qu'il a déjà rendus à l'humanité non seulement par ses connaissances solides dans quelques branches de l'Hygiène Publique, mais encore par ses conseils dans les relations humaines, dans le commerce des animaux, dans les usages qu'on en fait. De plus, est-ce que l'administrateur et le juge n'ont pas besoin de recourir aux lumières du vétérinaire.

Cependant en raison des préjugés si enracinés dans nos municipalités rurales pour quelques personnes, la vétérinaire n'est qu'une industrie, une profession. Enclin à voir, dans un vétérinaire, un charlatan et non un médecin, en général on ne tient pas compte autrement de son rôle si naturel de conservateur d'une partie de la fortune publique. Dans un instant je reviendrai sur l'état actuel de la vétérinaire.

(Suit l'historique des Ecoles Vétérinaires en Europe).

Comme vous voyez, Messieurs, j'ai passé en revue les fondateurs de certaines Ecoles Vétérinaires françaises, je viens de dire quelques mots de certains personnages bien connus des autres puissances Européennes : il me reste donc plus qu'à vous parler de la création de nos institutions vétérinaires au Canada.

La première école vétérinaire du Canada fut fondée en 1863, par M. Smith à Toronto. M. Smith nous vient de l'Ecosse, il arriva à Toronto dans le mois de mai 1863, et commença dans l'automne à donner des leçons sur l'art vétérinaire.

Lors de la fondation de son école, il n'avait que quelques élèves qui suivaient ses cours. Plus tard il retourna en Ecosse où le collège d'Edimbourg lui conféra le titre de M. R. C. V. S., à son retour il annonça ses titres qui le aidèrent à marcher dans le sentier du progrès et se mit à l'œuvre pour faire une bonne institution vétérinaire, qui après quelques années était fréquentée par une centaine d'élèves, nombre qui ne fit qu'augmenter d'année en année, puisqu'aujourd'hui les élèves sont au nombre de plusieurs centaines. Mais dans cette institution il y a une lacune, la durée du cours n'étant seulement que de deux sessions de six mois chacune, temps bien trop court pour étudier efficacement la science vétérinaire, je dis trop court, par rapport aux recherches, aux études qu'il faut faire sur l'art vétérinaire.

La durée du cours complet devrait être au moins de 3 sessions, temps encore trop court pour enseigner tout ce qui est indispensable de nos jours, tels que la zootechnie, l'ethnologie, la maréchallerie, l'anatomie pathologique et surtout la bactériologie, connaissances que tout vétérinaire doit étudier et bien connaître au point de vue de la pratique moderne.

La deuxième école vétérinaire fut fondée en 1866, par le Dr D. McEchran, qui était alors professeur à l'école de Toronto, sur la demande de M. J. X. Perreault, alors conseiller d'agriculture de la province de Québec, actuellement professeur d'agriculture au Monument National, qui a fait voter la somme de

300 dollars par le gouvernement de Québec pour rétribuer le Dr McEchran de ses travaux dans l'art vétérinaire, ce que M. McEchran a accepté pour la première année.

Les premiers cours se sont donnés au coin des rues Craig et Bleury dans un des bureaux privés de M. McEchran où assistaient deux élèves, C. J. Alloway, de Mirneapolis Wis., et James Fenies, d'Ontario (comme vous pouvez demander au Dr O. Bruneau qui commença à étudier en 1869 et fut reçu en 72). Plus tard le gouvernement vota une somme assez ronde en faveur de cette école pour un certain nombre d'années moyennant que le Dr McEchran construisit un établissement vétérinaire, ce fut donc dès lors que fut ouvert le Collège Vétérinaire de Montréal, 6 et 8 Union Avenue. Dans ce temps le corps enseignant comprenait le Dr McEchran et le Dr O. Bruneau et quelques membres de la médecine humaine ; cette école continua à prospérer jusqu'à 1891 le nombre d'élèves augmentant d'année en année. A cette époque apparut un horizon nouveau qui transforma le collège Vétérinaire en faculté de M. V. et Science comparée, Université McGill. Le fait de se trouver faculté lui a donné beaucoup de facilité au point de vue théorique, parceque la faculté a accès aux musées, aux cabinets d'histologie, de microscopie, du jardin botanique de l'Université McGill, enfin tout ce que demande l'étude des sciences modernes.

L'enseignement qui se donnait en premier n'était pas complet comme de nos jours, les premières années d'existence du Collège Vétérinaire on trouvait les professeurs dans les personnes du Dr McEchran et de quelques autres plus tard le Dr Bruneau fut nommé professeur. Aujourd'hui l'enseignement est donné par 3 vétérinaires seulement, Dr D. McEchran, doyen de la Faculté, le Dr M. C. Baker et le Dr Chs McEchran tout trois professeurs titulaires à la faculté, les professeurs agrégés sont du domaine de la médecine humaine qui cependant s'intéressent beaucoup à l'avancement de la faculté, les plus zélés sont les professeurs Wisley Mills M.A. M.D. D.V.S. et Dr J. G. Adami M.A. M.D. qui s'occupe de bactériologie.

Depuis quelques années le nombre des élèves n'a pas augmenté, il reste à peu près stationnaire entre 38 à 42, en partie venant des États-Unis, des provinces du Dominion, quelques uns seulement de la province de Québec.

Lors du changement du nom du Collège Vétérinaire les anciens élèves qui avaient reçu un certificat d'agriculture reçurent le titre de Dr V. S. suivant leurs notes d'examen final. Depuis le titre de Docteur ès-science vétérinaire se délivre tous les ans. La durée du cours complet est de trois sessions de six mois, les élèves qui veulent suivre la clinique journalièrement y sont reçus gratuitement.

L'enseignement vétérinaire en langue française qui a été enseigné en premier lieu date de 20 ans environ au Collège Vétérinaire de Montréal, par le Dr J. A. Couture et le Dr Bruneau professeur actuel de pathologie externe et de chirurgie opératoire à l'école de médecine comparée et de science vétérinaire à l'Université Laval.

En 1879 le Dr J. A. Couture quitta le collège où il enseignait en langue française assisté du Dr George Leclerc et de quelques autres. Le Dr Couture

en quittant Montréal alla s'installer à Québec; en 1880 il ouvrit une école à l'Université Laval à Québec, qui cependant n'eut pas beaucoup de succès. Si vrai que plus tard pour des raisons personnelles, le Dr Couture laisse Laval de Québec pour ouvrir une école sous les auspices du conseil d'agriculture; cette école n'eut pas plus de succès qu'à l'Université Laval, le nombre d'élèves a toujours été restreint variant entre le nombre de 3 à 7.

Les diplômes émanaient du conseil d'agriculture.

Quand le Dr J. A. Couture quitta le collège il fut remplacé par notre estimé secrétaire, père de la médecine vétérinaire en langue française dans la province de Québec. Le Dr V. T. Daubigny, M. V., fut professeur pendant cinq années consécutives au collège vétérinaire français, de 1880 à 1885; il donnait tout les cours seul, n'ayant aucun aide, avec un salaire annuel de \$400. A cette époque il avait ça et là un peu de discussion parmi les élèves de langue anglaise et de langue française, ce qui amena le renvoi complet du cours français de cette institution. Les anglais nous croyaient trop inférieurs à eux ils leur semblaient que nous ne pouvions pas faire des vétérinaires, choses plus ou moins agréables à notre nation. Et bien qu'est-ce que le Dr V. T. Daubigny a fait pour ne pas laisser la vétérinaire dans les mains des anglais seulement et en faire profiter nos jeunes canadiens, il a ouvert une école en 1885 avec le Dr Bruncau afin que nos jeunes canadiens puissent continuer à étudier cette science, et je dois dire en passant que les 13 élèves qui suivaient les cours au Collège Vétérinaire anglais département français ont suivi leur estimé professeur dans la nouvelle école qui avait pour titre Ecole de Médecine Vétérinaire de Montréal, qu'il inaugura par un des plus beaux discours qu'il se soit fait dans ce pays en présence des membres de la Faculté de Médecine Victoria.

Le Dr V. T. Daubigny ne fit qu'une session dans cette école, pour des raisons qu'il n'a pas voulu faire connaître mais ayant à cœur de garder l'enseignement vétérinaire à Montreal pour le bienfait des jeunes gens qui auraient du goût pour la profession vétérinaire et leur procurer les moyens de rester sur le sol natal au milieu de leurs amis, il fit des démarches auprès du vice-recteur de l'Université Laval pour qu'un département vétérinaire français fit partie de l'université. Il fut si bien accueilli que deux mois après il était en état de donner des cours sur la rue Craig dans une salle spacieuse et très confortable, ayant eu la sagesse au préalable de composer un corps enseignant composé de vétérinaires et de médecins d'initiative, au nombre des médecins était le Dr E. P. Lachapelle aujourd'hui notre président qui depuis n'a cessé d'apporter son influence, son zèle avec un désintéressement des plus parfaits, offrant une médaille d'or tous les ans à l'élève le plus méritant.

Cette école notre Alma Mater a depuis obtenu tout le succès désirable.

D'après ce que je viens de dire nous avons en 1886-87 trois écoles vétérinaires françaises dans la province de Québec, 2 à Montréal et une à Québec, dont le directeur était M. Couture, soutenue par un octroi de \$2,000 par année, tandis qu'à Montréal les 2 écoles ne recevaient pas un centin; et si je suis bien renseigné, cet état de choses a existé environ 3 ans après quoi un octroi a été voté aux deux écoles de Montréal, et c'est à partir de cette époque qu'une polé-

mique outrée s'est lancée sur l'école vétérinaire Laval, mais c'est avec une bien grande satisfaction que je puis dire hautement que notre Alma Mater par l'accomplissement de ses devoirs et d'observation d'un silence absolu à toutes espèces d'attaques a remporté la feuille de laurier emblème de la victoire.

Messieurs, tout ce que je viens de dire étant de notoriété publique je ne vois pas la nécessité d'un plus long détail, et je n'ai plus qu'un mot à dire sur l'état actuel et l'œuvre vétérinaire dans notre pays et j'ai fini.

Etat actuel.—Depuis 10 ans environ, époque à laquelle l'école vétérinaire Laval a été fondée par notre secrétaire actuel et, comme je l'ai déjà dit, par quelques médecins d'initiative desquels il nous reste, notre digne et bien aimé président le Dr E. P. Lachapelle auquel nous devons une large part du succès de l'école. Tout a progressé à pas de géant dans notre province et si je m'exprime ainsi, c'est qu'avant cela l'étude de la médecine vétérinaire en français n'était pas connue par le plus grand nombre de cultivateurs, ils n'avaient aucune idée de la valeur de l'utilité de cette science, ils ignoraient j'ose le dire, sa signification, tandis qu'aujourd'hui tous les agriculteurs, les éleveurs, les commerçants d'animaux qui habitent jusque dans les confins de la province, connaissent le médecin vétérinaire, s'empressent de requérir ses services de même qu'ils savent bien qu'il ne peut pratiquer sans diplôme qui le qualifie.

Alors il n'est donc point superflu de dire que la profession vétérinaire a le droit d'occuper le même échelon de l'échelle sociale que les autres professions libérales.

Avant peu, Messieurs, on constatera une amélioration notable dans le développement de cette science lorsque nous ferons de la médecine comparée ce qui la fera reconnaître comme sœur par la médecine humaine ; c'est alors qu'on verra qu'il y a de l'analogie entre les deux médecines par les principes généraux, par les éléments mêmes de la science, quoique variables à chaque pas chez l'homme et les animaux.

Rien n'est plus naturel ; la science de l'homme, de l'être qui occupe le sommet de la création, doit résumer non seulement toutes les sciences naturelles, mais aussi doit comprendre des connaissances sur le moral et les passions que ne comporte pas l'étude des animaux ; mais ces différences ne sauraient les isoler l'une de l'autre, puisqu'elles ont des principes communs qui ne peuvent que se féconder des deux côtés par les secours mutuels de l'observation, de l'expérimentation chez les animaux et profiter également à chaque branche.

Leur alliance en un mot, sera la condition de leur progrès réciproque et ce sera dans ce temps seulement que les préjugés des populations disparaîtront, ce qui amènera la demande d'un règlement sévère, ayant pour but la répression de l'empirisme ; et quand une fois la profession vétérinaire sera réellement une position sociale on trouvera facilement des recrues dans les jeunes gens qui embrassent les professions libérales et les fonctions administratives.

Messieurs, je vous remercie de votre bienveillante attention.



REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

TRAITEMENT DE LA CHORÉE DE SYDENHAM PAR L'ARSENIC.

Résumé d'un article du Dr COMBY. — *Revue de Thérapeutique*, octobre 1896.

Le Dr COMBY rapporte les résultats de son expérience sur le traitement de la chorée par l'arsenic. Elle porte sur 12 observations et il en tire les conclusions suivantes :

L'arsenic doit être donné à doses fortes et progressives en commençant par 1 centigramme d'emblée et en augmentant d'un demi-centigramme par jour pour arriver à un maximum de 2 à 4 centigrammes et demi. On redescend de la même manière jusqu'à 1 centigramme, puis on cesse. La préparation la plus maniable est la liqueur de Boudin qui contient un milligramme d'acide arsénieux par gramme. Il importe, pour éviter les accidents, de la diluer le plus possible. La dose quotidienne (10 grammes le premier jour, puis 15, 20, 25, 30, 35) est incorporée à 120 grammes de julep gommeux. L'enfant prend une cuillerée à soupe de ce mélange toutes les deux heures et avale une tasse de lait à la suite de chaque cuillerée. Le régime lacté est en effet un adjuvant utile de la cure; il en est de même du repos au lit qui doit être absolu pendant toute la durée du traitement. On recommandera aux parents d'éviter à l'enfant tout choc moral, toute contrariété. La durée totale de la cure varie suivant l'âge du malade, l'intensité des cas de sept à treize jours. Dès le troisième jour, l'incoordination disparaît. L'arsenic est donc actuellement le traitement le plus sûr et le plus rapide de la chorée de Sydenham; il l'emporte sur l'antipyrine qui ne guérit qu'en vingt-cinq ou trente jours. Mais les doses indiquées par Cougnot (th. de Paris, 1895, 2 à 4 grammes de liqueur de Boudin) ne sont pas suffisantes. M. Grancher préconise aussi l'arsenic, il donne le premier jour 4 grammes de liqueur de Boudin, puis augmente de 2 grammes chaque jour jusqu'à intolérance, en conseillant de ne pas dépasser 30 grammes par jour. Les vomissements répétés, et surtout la diarrhée indiquent l'intolérance et imposent l'interruption du traitement. Ces accidents sont du reste rares, les enfants supportant en général aisément l'arsenic jusqu'aux mêmes doses que les adultes.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE PAR L'OVARINE ET LE SUC OVARIEN, article de MM. les professeurs SPILLMANN et ETIENNE, de Nancy. — *L'Abeille Médicale*, septembre 1896.

MM. SPILLMANN et ETIENNE considèrent l'ovaire sous trois points de vue différents :

1^o Comme un glande ayant une sécrétion externe, celle de l'ovule; 2^o comme une glande chargée d'éliminer par le sang menstruel l'excès des toxines organiques; 3^o enfin, comme une glande pourvue d'une sécrétion interne, de même que les testicules, sécrétion interne ayant un rôle important dans la nutrition générale

Si la chlorose est une maladie des ovaires, ces trois fonctions sont modifiées ou abolies, et avec la suppression de la menstruation, apparaît cette intoxication spéciale, la chlorose. Et, par contre, le mauvais état général intervient à son tour, entravant la guérison de la glande ovarienne.

Partant de cette double conception de la genèse des ovaires et du rôle de-

ces organes, MM. Spillmann et Etienne ont pensé que si on rendait à l'organisme d'une façon quelconque, le produit ovarien de sécrétion interne, peut-être pourrait-on faire cesser l'intoxication, agir sur l'organisme, en général, et permettre la guérison de l'affection ovarienne locale.

Ils ont tenté cette thérapeutique et pour cela se sont servis de trois produits : des ovaires de brebis à l'état frais, de la substance ovarienne desséchée, et de son suc ovarien préparé par la méthode de Brown-Séguard-d'Arsonval.

Voici le résultat de leurs recherches qui ont porté sur six chlorotiques : toutes les malades ont éprouvé, dès la première prise, des douleurs très vives, localisées surtout dans la région du bas-ventre, avec céphalée et douleurs musculaires vagues ; chez deux malades, on a vu la température s'élever de quelques dixièmes, atteignant à 37°8 et 38°, le pouls montant de 76 à 100.

Chez trois malades, les résultats éloignés ont été nettement favorables ; rapidement l'état général s'est remonté, la pâleur a diminué, le nombre des globules blancs a augmenté et les forces sont revenues.

Les règles, supprimées depuis trois mois et demi, ont reparu quinze jours après le début du traitement, chez une malade, au bout de trois mois chez une autre.

En résumé, dans le traitement de la chlorose, l'ovarine, en favorisant l'élimination des toxines et en introduisant dans l'organisme un principe antitoxique, semble avoir une action favorable sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules, sur la réapparition de la menstruation.

L'HÉRÉDITÉ DISSEMBLABLE DANS LES MALADIES, article de M. le professeur MAIRET, de Montpellier.—*L'Abeille Médicale*, septembre 1896.

L'hérédité n'est aujourd'hui mise en doute par personne au point de vue de sa valeur pathogénique dans les maladies mentales. De tout temps l'hérédité du semblable a été connue, et pendant longtemps on s'est contenté de cette simple notion que l'hystérique pouvait donner naissance à un hystérique, l'épileptique à un épileptique, l'aliéné à un aliéné. Puis, on a étendu le champ de cette hérédité et on a admis que l'hystérique peut engendrer un épileptique ou un aliéné, et inversement : c'est l'hérédité de transformation. Elargissant encore le cadre de cette hérédité, par transformation, on se place non plus sur le terrain des maladies nerveuses et mentales, mais bien sur le terrain des maladies physiques et, alors, quelques auteurs admettent que certaines maladies physiques peuvent se transformer par l'hérédité en névroses. C'est l'hérédité dissemblable.

M. Mairet pour déterminer cette question de pathologie a fait appel aux observations que sa longue pratique des maladies nerveuses lui a permis de réunir, et qui peuvent former deux groupes. Dans le premier les diathèses se transmettent directement des parents aux enfants. Dans le deuxième la diathèse semble avoir complètement disparu et la folie existe seule.

Mais si l'on étudie de près les faits de cet ordre, on voit que la diathèse, pour ne pas s'être transmise des parents aux enfants sous sa forme ordinaire, n'en existe pas moins dans son fond. Diathèse et aliénation ne forment qu'un tout. La diathèse a localisé ses effets du côté du système nerveux. Seulement, pour que cette localisation puisse se faire, il faut toujours que chez les ascendants à côté de la maladie physique, existe un état nerveux qui peut être très faible, simple nervosisme dans beaucoup de cas. Mais il n'en est pas moins vrai que dans ce dernier groupe de faits, la diathèse n'a pas subi de transformation héréditaire.

Aussi M Mairet, au Congrès de Nancy, a résumé ses recherches dans les termes suivants :

1o L'hérédité dissemblable n'existe pas.

2o Les diathèses des ascendants, tout en se transmettant dans leur fond aux descendants, peuvent chez ces derniers ne pas se manifester sous leur forme ordinaire, mais localiser leurs effets sur le système nerveux central et aboutir à

l'aliénation mentale. Pour cela, il faut absolument que le terrain soit préparé. C'est là ce que les auteurs ont pris pour transformation héréditaire d'une diathèse en aliénation mentale.

3o Puisque les diathèses sont dues à une déviation des échanges nutritifs, déviation qui ne peut être évidemment rattachée qu'à une viciation dans la composition physico-chimique des cellules, et puisque ces mêmes diathèses peuvent en se localisant sur le système nerveux prédisposé, produire une aliénation mentale, il est logique, dans ce cas, de rattacher celle-ci à ces troubles physico-chimiques.

Dans ces cas le traitement de fond, le traitement pathogénique est le traitement de la diathèse.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ PAR LA MÉDICATION THYROÏDIENNE, résumé d'un article du Dr Albert MATHIEU, — *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1896

Nous avons déjà signalé à nos lecteurs ce nouveau mode de traitement (1). Voici ce qu'en dit le Dr Mathieu dans un article récent.

Tous les obèses ne réagissent pas de la même façon sous l'influence de la médication : quelques-uns d'entre eux ne maigrissent pas. On sait qu'il y a deux types principaux d'obésité : l'obésité floride et l'obésité torpide. Au premier type appartiennent les individus vigoureux, à facies coloré, gros mangeurs et bons vivants ; au second, les obèses à chair molle, sans énergie, à la face pâle et comme bouffie. Chez les premiers il y a dans les urines un excès d'urée en rapport avec leur grand appétit, leur riche alimentation et l'activité fonctionnelle très grande de leur vitalité cellulaire. Chez les autres, au contraire, les urines sont pauvres en urée.

D'après von Moorden, les obèses gros mangeurs ne seraient pas influencés par la médication thyroïdienne ; les obèses à nutrition relentie, au contraire, subiraient une diminution de poids marquée sous l'influence d'une oxydation organique plus intense. La substance thyroïdienne produirait sur les combustions organiques " une excitation semblable à celle que produit le soufflet sur des charbons près de s'éteindre. "

Remarquons en passant, que le corps thyroïde serait un organe régulateur des combustions chez l'homme sain. la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique éliminé est, en effet, inférieure à la moyenne dans le myxœdème, supérieure à cette moyenne dans la maladie de Basedow (Magnus Lévy).

Sous quelle forme emploiera-t-on la médication thyroïdienne, et à quelles doses ?

Il sera prudent de commencer par des doses faibles, que l'on augmentera progressivement : 8 grains, puis 15 grains, puis 20 grains correspondant à 1½, 3 et 5 grains de poudre. Le nombre des pastilles ou des tablettes sera réglé d'après leur teneur en poudre.

La thyroïdine de Baumann ou iodothyryne, comme on a récemment proposé de l'appeler pour éviter les confusions, existe dans le commerce sous la forme d'une poudre constituée par un mélange de sucre de lait et de thyroïdine pure, dans des proportions telles que la poudre ainsi obtenue corresponde à son poids de glande fraîche. On en donnera de 8 à 15 grains. Il convient de faire prendre cette dose quotidienne en trois fois espacées, et de préférence au moment des repas.

L'action de la médication sera surveillée avec soin, bien que les obèses la supportent beaucoup mieux que les goitreux et les myxœdémateux. L'intoxication thyroïdienne se révèle par du malaise général, de l'inappétence, de l'irritabilité, du tremblement, et surtout par des troubles de la circulation : palpitations, pouls accéléré rapidement changeant, arythmie, tendance aux lypothymies et à

(1) Voyez : *La médication thyroïdienne*, page 310.

la syncope. M. Bécère a noté une accélération marquée du pouls, sous l'influence d'un mouvement insignifiant. Quand ces signes se présenteront, quand il y aura une excitabilité marquée du cœur, et surtout une grande fréquence du pouls avec de l'arythmie, il faudra suspendre la médication.

Les urines seront examinées de temps en temps. L'apparition du sucre ou de l'albumine amènerait encore à supprimer l'usage de la substance thyroïdienne.

On ne laissera pas se produire un amaigrissement trop rapide : la perte de poids ne devra pas dépasser 2 à 3 livres par semaine, au début du traitement : plus tard même, elle sera inférieure.

L'âge avancé, la faiblesse marquée, une lésion du cœur, le diabète, l'albuminurie seraient naturellement des contre-indications formelles.

La médication thyroïdienne est un traitement nouveau dont les résultats positifs ne sont pas encore parfaitement déterminés. Il faut être prudent dans son application.

DE LA DÉSINFECTION PRATIQUE PAR LE FORMOL ; DE SA TOXICITÉ, reproduit de l'*Abeille Médicale*, septembre 1896.—Comme l'usage du formol se répand de plus en plus dans les laboratoires, dans les cliniques, et dans l'hygiène publique, M. Bosc, professeur agrégé à Montpellier, a recherché de concert avec M. BATAILLE quelle pourrait être la toxicité de ce produit.

Leurs expériences leur ont permis de déduire les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs de formol à saturation doivent être considérées comme un agent très sérieux de désinfection.

2° Le formol introduit dans les veines a une toxicité très considérable et entraîne des légions graves, surtout du côté du sang et de l'appareil respiratoire.

3° Les vapeurs de formol, même à saturation, ne sont réellement nuisibles que lorsque leur action a été prolongée pendant un temps très long ; dans la pratique de la désinfection, elles sont dépourvues de tout danger.

4° Les applications directes de formol en solutions, même étendues sur les tissus avivés, sont dangereuses, elles produisent une inflammation et une nécrose rapide et étendue.

ETIOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'OZÈNE, communiqué à l'*Union Médicale* par H. M. D.—On reconnaît que cette maladie est d'origine microbienne et due à un bacille identique au Lœffler et sans toutefois en avoir toute la virulence. Les injections expérimentales sur cobayes produisent de l'œdème et un peu de gangrène. Ce bacille se trouve dans la sécrétion muqueuse des ozéneux, causant du trouble de la sécrétion et produisant l'atrophie de la membrane muqueuse et des os.

En prévision de ces avancés, on conseille d'employer le sérum antidiphthérique. Des auteurs italiens donnent comme statistique 32 cas ; 16 furent guéris, 7 améliorés et 9 montrent un changement notable.

Voici la méthode d'emploi :

Injection de 10 c. c. ($2\frac{1}{2}$ dr. fl.) tous les deux jours, ou chaque jour, si c'est possible, jusqu'au nombre de trente injections.

L'âge, la durée de la maladie et la réaction de l'antitoxine nous aident dans le nombre d'injections à donner.

Les changements à signaler sont :

1° Turgescence et congestion de la muqueuse malade.

2° Disparition de l'odeur.

3° La sécrétion est plus liquide par conséquent.

4° Disparition des croûtes.

S'il survient des complications pendant le traitement, on conseille de cesser tout traitement par injections.

CHIRURGIE

PONCTION LOMBAIRE, reproduit de l'*Abeille Médicale*, septembre 1896.—A l'étranger, notamment en Allemagne, on recourt volontiers à cette opération dans les méningites. En France on est moins enclin à se lancer dans cette voie. Il y a donc intérêt à connaître exactement ce que donne cette méthode, et sous ce rapport il convient de citer le travail que M. Wentworth vient de publier et dont voici le résumé d'après la *Gaz. méd. de Liège*

1° Le liquide cérébro spinal normal ne contient ni cellules ni fibrine ; il est parfaitement clair.

2° Dans la méningite, le liquide cérébro-spinal extrait est invariablement troublé. Il l'est plus ou moins, proportionnellement à la quantité et au caractère de l'exsudation méningienne.

3° Le trouble est causé par des cellules diverses, selon l'espèce de méningite. Après l'extraction, de la fibrine se forme dans le liquide. La présence de cellules et de fibrine est pathognomonique de l'inflammation.

4° Le trouble est souvent si léger qu'il faut une observation attentive pour l'apercevoir.

5° L'opération n'offre pas de difficultés chez les enfants. Elle n'est pas dangereuse, pourvu que l'asepsie soit observée.

6° Le diagnostic différentiel entre les diverses sortes de méningite peut se faire par l'examen microscopique du sédiment, par des cultures et par des inoculations.

7° L'inoculation est le moyen le plus sûr de reconnaître une méningite tuberculeuse.

8° Dans le liquide normal, on constate d'ordinaire une faible trace d'albumine. Dans la méningite, la quantité d'albumine est augmentée.

9° Dans un cas, le diagnostic d'infection générale par le staphylococcus pyogenes put. peut être posé au moyen de cultures du liquide cérébro-spinal.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LUXATIONS DES TENDONS, résumé d'un article du Dr PÉTRIMOFF, publié dans la *Revue de Chirurgie*.—*Indépendance Médicale*, septembre 1896.

Le malade cité par l'auteur, âgé de vingt-deux ans, entra à la clinique le 12 septembre 1895. Les dérangements, pendant la marche, étaient si considérables qu'ils lui firent demander l'intervention chirurgicale. Il tâchait de tenir sa jambe à angle droit et en général de ne faire aucun mouvement avec la jointure, car les tendons péroniers sortaient aussitôt de leur loge normale et sautaient sur la malléole, ce qui causait une vive douleur. Les tendons se disloquaient très facilement pendant la supination et la flexion. Le malade ne pouvait faire que quelques pas, et ne pouvait pas marcher sur un terrain inégal, parce que le pied lui glissait.

Il était malade depuis deux ans à la suite d'un faux pas, où son pied avait glissé en dehors. Le traitement par les bandages n'eut point de succès.

« Cédant aux instances du malade, le professeur Kousmine fit une opération le 15 septembre 1895, de la manière suivante : une incision semi-lunaire fut pratiquée jusqu'à l'os derrière la malléole externe et, au-dessous d'elle, on fendit un morceau du périoste en forme de trapèze, dont la base se trouvait au bord extérieur de la malléole ; puis on cassa avec un ciseau un petit morceau plat de l'os, qu'on plaça perpendiculairement à la malléole.

Afin que les tendons ne soient pas déplacés pendant l'adhérence de ce morceau d'os et que ce dernier soit fixé en état élevé, deux clous de nickel furent

enfoncés au-dessus et au-dessous, et retenaient solidement le morceau d'eau détaché et les tendons à la place désignée. On mit sur la jambe un bandage plâtré.

Durant vingt-quatre heures, le malade éprouva des douleurs insignifiantes, qui disparurent bientôt et l'état post-opératoire ne fut pas suivi de fièvre.

Le 29 septembre, c'est-à-dire au bout de dix-sept jours, on changea le bandage. Les clous furent retirés ; il fut constaté que les tendons se trouvaient à leur place ; au bord extérieur de la malléole se forma une élévation considérable. Un bandage plâtré fut mis de nouveau et le malade sortit de l'hôpital : on lui conseilla de ne pas ôter le bandage avant 28 jours, de faire un petit massage et des mouvements."

Le malade suivit ce conseil.

Il y a quelque temps, il a écrit qu'il marche très bien ; les tendons se trouvent à leur place normale, le pied ne lui glisse plus, et, selon le témoignage du Dr Jordansky, la saillie osseuse néo-formée satisfait parfaitement à sa fonction.

Ainsi le procédé, appliqué dans le cas ci-dessus, peut être recommandé : ses résultats sont curatifs et brillants : le malade s'est débarrassé entièrement de tous les dérangements fonctionnels ; le procédé est extrêmement simple, facile à pratiquer ; il est accompagné d'un traumatisme insignifiant, car, ni les tendons, ni la gaine ne sont blessés.

LES TRAUMATISMES DE LA CLOISON NASALE. analyse d'un article du prof. GOUGUENHEIM dans la *Scaine médicale*.—*Indépendant médical*, septembre 1896.

Le traumatisme, en s'exerçant sur le nez, peut produire des fractures ou des luxations ; lésions souvent simples, mais pouvant aussi se compliquer d'hématomes ou d'abcès développés sur la cloison. Ces lésions sont produites par un choc direct (coup de poing) ou par une chute sur la face (cas fréquent chez les enfants). La fracture des os propres du nez n'intéresse que le chirurgien, mais une réduction imparfaite de cette fracture peut amener des accidents d'obstruction nasale.

Les traumatismes de la cloison sont plus fréquents qu'on ne le pense d'habitude, bien qu'on ne les observe pas communément. Devant un sujet porteur de déviation, on peut toujours trouver comme cause le traumatisme.

La cloison ne se fracture en totalité que dans les grands traumatismes, dans ceux qui ont intéressé en même temps les os propres du nez. A la suite de ces fractures, il survient des épistaxis graves, parfois des troubles de l'odorat parfois aussi de l'emphysème ; ce sont là des faits peu fréquents et qui relèvent du chirurgien.

La cloison des fosses nasales est formée par la lame perpendiculaire de l'éthmoïde, par le vomer et par le cartilage de la cloison. La lame perpendiculaire est bien protégée par les os propres, elle a donc bien peu de chance d'être atteinte, à moins de traumatismes énormes portant aussi sur les os propres. Quand cependant elle le sera, le trait de fracture siègera le plus ordinairement près des sutures.

Le vomer est très éloigné, situé tout-à-fait en bas, il est résistant et court bien peu de risques d'être fracturé ; si par hasard il l'est on voit des fractures très limitées.

Le cartilage est le plus souvent atteint. Souvent il l'est dans la continuité, mais alors peu d'accident sont à redouter, il n'y a presque jamais d'obstruction nasale ; aussi les malades ne voient point le médecin, sauf lorsqu'il y a formation de tumeurs sanguines ou d'abcès. Fréquemment, le trait de fracture siègera au niveau des sutures.

La luxation du cartilage a été considérée comme exceptionnelle, jusqu'au jour où D. Mollière (de Lyon) vint montrer sa grande fréquence. Après un traumatisme violent, le cartilage glisse sur le vomer, et vient faire saillie dans

une des fosses nasales où l'examen permet de le reconnaître facilement. Mais ce n'est pas à ce signe que se reconnaît la luxation. Avant même d'avoir examiné les fosses nasales on est frappé par la déformation que présente le dos du nez. Elle consiste dans une dépression située au-dessus des os propres, et dû à l'abaissement du cartillage. Consécutivement à cet abaissement, il y a l'aplatissement presque complet du lobule du nez.

Les anciens connaissaient cette fracture qu'ils soignaient en combinant les appareils intra-nasaux avec les appareils inamovibles extérieurs. Les premiers consistent aujourd'hui en canules, tubes, attelles de toute sorte ; quant aux seconds, ce sont, surtout à l'heure actuelle, les appareils plâtrés. On peut se servir des attelles intra-nasales à la seule condition qu'elles ne blessent pas. M. Gouguenheim les a employées une fois chez un enfant qui avait eu une fracture de la cloison avec abcès consécutif, et s'en est trouvé très satisfait.

Les complications de ces fractures sont les tumeurs liquides de la cloison. Ces tumeurs, qui résultent presque toujours d'un traumatisme, peuvent contenir du pus, de la sérosité ou du sang. La sérosité ne se rencontre guère que dans les tumeurs sanguines déjà anciennes et ayant subi un commencement de résorption. Le pus peut s'observer, car il peut y avoir communication entre le trait de fracture et l'extérieur, et par suite infection. On a prétendu que primitivement la tumeur contenait toujours du sang et que l'apparition du pus n'était qu'un fait secondaire. Bien que la rapidité de formation de l'abcès permette difficilement une certitude sur ce point, M. Gouguenheim n'est pas de cet avis, car il a vu, dans sa pratique, ces tumeurs contenir du sang quinze jours après leur production, tandis que d'autres renfermaient du pus dès le lendemain de leur production. Qu'elles contiennent du pus ou du sang, ces tumeurs ont le même aspect, elles sont situées à l'entrée des fosses nasales qu'elles obstruent presque complètement, et elles sont recouvertes par la muqueuse peu altérée à leur niveau, et conservant sa coloration rosée.

Parfois on pourra rencontrer un abcès sans qu'on soit en droit de soupçonner la fracture. C'est probablement la laxité de la muqueuse au niveau de la cloison qui favorise cette formation.

La durée de ces abcès varie beaucoup avec la nature de la tumeur, si celle-ci ne contient que du sang, la douleur est modérée, il n'y a pas de fièvre, mais seulement un peu de gêne et d'obstruction nasales ; aussi la tumeur est bien supportée ; si au contraire elle renferme du pus, la fièvre s'allume, la souffrance devient plus violente et le malade vient d'urgence réclamer une intervention. Il ne s'agit ici que d'abcès aigus et non d'abcès chroniques se produisant à la suite de lésions du squelette, caries de nature tuberculeuse ou syphilitique, et n'étant pas la conséquence habituelle du traumatisme.

L'abcès est généralement bilatéral. Le plus souvent il a la forme d'un bissac dont chaque partie communique avec l'autre par la fracture ; on peut rencontrer des abcès doubles ne communiquant pas entre eux. Dans tous les cas, le diagnostic sera facile ; on hésite entre du pus ou du sang contenu dans la poche, on fait une ponction explorative qui au besoin sera suffisante comme traitement dans les cas d'abcès. En cas d'épanchement sanguin un peu ancien il n'en serait pas ainsi ; on fend largement la muqueuse d'un coup de bistouri, on vide son contenu et on fait dans la poche de fréquents lavages à l'eau boriquée au moyen du siphon nasal, plus tard on pourra sectionner les lambeaux de muqueuse exubérants, mais il faudra soigner la fracture dès que l'abcès sera guéri et on pourra peut-être éviter aux malades les inconvénients de la déviation de la cloison.

LA CHIRURGIE DE L'APPENDICE, traduction d'un article éditorial.
—*British Medical Journal*, octobre 1896.

Il n'y a peut-être pas aujourd'hui de sujet qui offre un intérêt plus grand à ceux qui pratiquent la médecine et la chirurgie que le traitement chirurgi-

cal des maladies de l'appendice vermiforme. On a discuté ce sujet à la section de chirurgie, à l'assemblée annuelle de Carlisle, et les débats ont offert beaucoup d'importance et d'intérêt. Tout praticien qui s'est trouvé auprès d'un malade souffrant d'une attaque sévère d'appendicite a dû sentir la responsabilité grave qu'il y a à décider de la nécessité d'une opération. Le point important de la discussion s'est concentré sur l'urgence d'une intervention précoce, et tous les chirurgiens qui y ont pris part ont paru être d'avis que l'opération précoce est essentielle dans la plupart des cas, et même donne au patient son unique chance de guérison. On a même répété plus d'une fois l'avertissement de ne pas opérer trop tard.

On a tenté à plusieurs reprises de résoudre la question importante de savoir dans quels cas, et à exactement quel temps on doit opérer. La pratique habituelle de quelques chirurgiens américains—Murphy, de Chicago, et Morris, de New-York—est d'opérer tous les cas sévères d'appendicite. Ils considèrent qu'il est impossible d'être sûr qu'un cas donné, que l'on croit être une appendicite, ne soit pas déjà un cas de péritonite générale par infection appendiculaire, ou encore qu'il n'existe pas une collection purulente bien avant que l'examen de l'abdomen puisse la faire découvrir, collection purulente qui peut se vider dans la grande cavité du péritoine et déterminer une péritonite fatale.

Leurs statistiques d'au delà de 200 cas d'appendicite—tous opérés—offrent une mortalité décidément plus basse que celle des cas traités médicalement. Ils affirment péremptoirement que le salut du malade repose tout entier sur l'isolement et l'enlèvement d'un appendice qui peut déterminer à tout moment une infection péritonéale mortelle. Le plaidoyer de M. Morton en faveur de l'opération de tous les cas sévères est basé sur l'expérience de Murphy et Morris, et bien que le Dr MacDougall et d'autres orateurs n'aient pas conseillé d'intervenir dans tous les cas sévères, ils ont cependant été jusqu'à conseiller cette intervention, pour certains cas, dès la période du début, avant que la masse des intestins contiguë à la collection purulente ne devienne adhérente à la paroi abdominale.

La grande majorité des orateurs sont d'avis d'intervenir à une époque beaucoup plus précoce que celle que l'on conseille dans l'un des traités de chirurgie classique publié récemment en Angleterre. D'un autre côté, quelques-uns ont exprimé des doutes assez prononcés sur l'exactitude des résultats réclamés par les chirurgiens américains; néanmoins, on a rapporté plusieurs cas où les patients moururent pour n'avoir pas été opérés assez tôt, et cette discussion aura sans doute pour effet d'engager les praticiens à rechercher avec plus d'attention encore les symptômes d'urgence dans tous les cas d'appendicite, quelle que soit la bénignité de leur début. Peut-être aura-t-elle aussi pour effet d'amener les chirurgiens à accorder plus d'importance à la question: "Quand devons-nous opérer une appendicite."

M. Southam et M. Rutherford Morrisson ont été d'accord pour conseiller d'opérer les cas de récurrence après la seconde attaque. Le fait que la récurrence dans l'appendicite est souvent fatale a été signalé par d'autres orateurs. Cela ne doit pas nous surprendre si nous nous rappelons que dans plusieurs cas de récurrence opérés par M. Treves, on trouva l'appendice rempli de pus, ou bien entouré d'une matière pâteuse comme du flan, ce qui était évidemment le résultat de la formation ancienne d'un abcès.

On a discuté à Carlisle un sujet qui a été traité récemment dans une société américaine de chirurgie par le professeur White et le Dr McBurney. Nous voulons parler de la résection de l'appendice dans les cas où l'opération fait découvrir du pus. Presque tous les chirurgiens qui ont pris part à la discussion de Carlisle ont partagé l'avis du Dr MacDougall, que l'on doit enlever l'appendice quand on peut facilement le trouver et le détacher, mais qu'il est de beaucoup préférable pour le patient de ne pas toucher à l'appendice s'il fallait,

pour cela, courir le risque de rupturer les adhérences qui emprisonnent le pus et sont une garantie de sécurité pour la cavité abdominale. Les chirurgiens américains, dans le cour du débat, en sont arrivés à la même conclusion.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE SUPERFÉTATION, par le Dr P. GUSTIN.

Cette femme est âgée de 33 ans, de taille moyenne. Elle a un frère et une sœur bien constitués.

Pas d'exemples dans sa famille d'enfants jumeaux.

Mariée depuis 4 ans, elle a eu en 1893 un premier enfant au bout d'un an de mariage.

Dix-huit mois plus tard, en 1894, nouvel enfant à sept mois et demi, pesant 1 kil. 470. Cet enfant a vécu deux ans.

En 1895, dans les premiers jours de février, 13 mois après le second enfant, cessation des règles; et le 19 mars, six semaines après cette cessation, à la suite d'une course assez longue en voiture, survient une hémorrhagie très abondante suivie de l'expulsion d'un fœtus.

Enfin le 22 février 1896, nouvelle cessation des règles. La grossesse probable semblait évoluer normalement, quand des douleurs très vives se manifestèrent dans le bas-ventre *dans les premiers jours d'avril*, douleurs dont je ne pus m'expliquer la cause et qui n'avaient pourtant nullement modifié l'état général de la malade.

Cependant le 18 avril, je constatais la fièvre. La langue était épaisse, la constipation opiniâtre, sans accentuation des douleurs abdominales.

Peu à peu, vu l'ensemble des symptômes, je fis le diagnostic de fièvre typhoïde qui évolua du reste d'une façon très classique.

Les douleurs abdominales cessèrent même dans le courant du second septénaire, et malgré que j'eusse prévenu ma malade de la possibilité d'une fausse couche d'un moment à l'autre, rien d'extraordinaire ne se produisit. Vers le 15 mai, cette femme était en convalescence.

Le 25 mai subitement, sur les 8 heures du matin, sans cause apparente, puis-que la malade se levait à peine 2 ou 3 heures par jour, il survint des pertes très abondantes suivies de l'expulsion de deux fœtus: l'un de 12 centimètres, du sexe masculin, très visible; l'autre de 3 centimètres avec des membres formés et des doigts très apparents.

L'un et l'autre de ces fœtus ne paraissaient avoir subi aucune décomposition, aucune macération, et la même coloration des tissus indiquait que la vie intra-utérine avait cessé au même moment, et rendait inadmissible un arrêt de développement chez l'un d'eux.

Des lors, il n'est pas douteux que dans ce cas il y ait eu superfétation: le premier fœtus de 12 centimètres ayant 3 mois de gestation, du 22 février au 25 mai; le second fœtus de 3 centimètres, 6 semaines de vie intra-utérine, la conception remontant aux premiers jours d'avril, coïncidant avec les douleurs abdominales de cette époque et dont elle pourrait peut-être donner l'explication, 10 ou 12 jours avant l'apparition de la fièvre typhoïde.

(Archives de Gynec. et de Tocologie.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MENSTRUATIONS PRÉCOCES

—La menstruation, comme chacun sait, est un acte physiologique propre à la femme, à la fois temporaire et intermittent. Son apparition et sa cessation marquent ces deux étapes de la vie qu'on appelle la puberté et la ménopause.

Comme tous les actes physiologiques, la menstruation est soumise à des lois générales ; mais, de temps en temps, on observe des faits qui s'écartent de ces règles communes et constituent de véritables anomalies. C'est ainsi que la puberté comme la ménopause peuvent apparaître d'une façon si précoce ou si tardive qu'on doit les regarder comme des curiosités physiologiques. Raciborski les qualifiait de *monstruosités emméniques*.

Nous nous occuperons plus spécialement des menstruations précoces, celles que MM. Tarnier et Chantreuil désignent sous le nom de *menstruations enfantines*. L'idée de ces recherches nous a été inspirée par une jeune fille de notre clientèle que nous suivions depuis plus d'un an, et dont les premières menstrues se sont montrées à l'âge de 46 mois.

Rowlet a publié dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1835, la relation d'une grossesse et d'un accouchement chez une jeune fille de dix ans. Il est vraisemblable que la menstruation devait être déjà établie, mais je n'ai pu retrouver l'observation en parcourant le journal cité ; peut être l'indice bibliographique pris dans le *Dictionnaire de Dechambre* (article menstruation) est-il erroné ? Mais Symes dit avoir vu à Boston une jeune fille de dix ans qui était enceinte et avait été réglée un certain temps auparavant.

Bertrand a publié en 1762, dans le *Journal de médecine*, l'observation d'une jeune fille réglée à huit ans, et Scanzoni rapporte un fait identique dans son *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, p. 263. "Nous avons traité nous-même en 1851, une jeune fille d'environ huit ans, dont l'apparence était celle d'une fille de treize à quatorze ans, et qui souffrait depuis un certain temps d'hémorragies périodiques très abondantes et très débilitantes, toujours précédées des symptômes que nous venons de signaler. La jeune fille est maintenant âgée de treize ans, et pendant tout le cours de ce temps, à l'exception de quelques mois durant lesquels elle a souffert de la chlorose, sa menstruation a toujours été régulière."

L'observation du Dr J. Le Beau est encore plus curieuse. Ce fait du reste est classique ; il est cité par Depaul (article menstruation du *Dictionnaire de Dechambre*) et par MM. Tarnier et Chantreuil dans leur *Traité d'accouchement*. "Mathilde H . . . , née à la Nouvelle-Orléans le 31 septembre 1827, vint au monde avec des seins complètement développés, le mont de Vénus couvert de poils, comme une fille de treize à quatorze ans. À l'âge de trois ans, ses règles parurent et continuèrent de revenir périodiquement tous les mois avec la même abondance que chez une femme adulte. Chaque époque durait trois jours. À l'âge de quatre ans, cette enfant avait 1 m. 25 de hauteur. Elle était bien constituée, ses seins avaient la grosseur d'une forte orange ; enfin, les dimensions du bassin étaient de beaucoup supérieures à celles qui sont propres à son âge."

Auvard dans son *Traité pratique de gynécologie*, p. 664, rapporte deux cas analogues, l'un de Wachs où l'instauration menstruelle eut lieu à deux ans et demi et l'autre de Mengus où elle se fit à vingt-trois mois.

On peut rapprocher de ces deux exemples celui de Carus. Il s'agit d'une femme qui commença à être réglée à deux ans et qui devint grosse à huit ans. Elle a toujours joui d'une très bonne santé et succomba dans un âge très avancé.

Le Dr Susewind a connu une jeune fille de vingt-sept mois qui était rachitique et avait été réglée à un an. Tous les mois les menstrues revenaient avec la plus grande régularité, et s'accompagnant des symptômes habituels du moi-men hémorragique. Les seins et le mont de Vénus avaient chez cette enfant l'aspect qu'ils revêtent chez une fille de quinze ans.

D. Outrepoint parle d'une enfant dont le développement fut encore plus précoce. À l'âge de deux semaines sa mâchoire était déjà ornée de quatre dents et sa première menstruation apparut à neuf mois ; elle avait à cette époque de longs cheveux noirs et des seins très développés. Cette observation fut suivie jusqu'à l'âge de neuf ans et jusqu'à ce moment les règles apparurent très régulièrement chaque mois.

Enfin, le cas le plus précoce que nous ayons trouvé est le fait classique du Dr Comarmond (de Lyon), cité dans le *Dictionnaire des sciences médicales* à l'article puberté. Le développement hâtif d'un enfant du sexe féminin inquiétait sa mère. " Cette inquiétude devint plus grande lorsqu'on vit les parties génitales se couvrir de poils noirs, crépus, épais, et les aisselles offrir la même particularité. Bientôt les règles coulèrent comme chez une femme bien formée, et elles ont reparu avec régularité jusqu'à présent que cette enfant est âgée de vingt-sept mois. Le Dr Comarmond l'a vue pour la première fois à l'âge de sept mois ; il fut étonné de l'expression du visage, dont les traits étaient prononcés et n'avaient rien d'enfantin, et surtout de la vivacité des yeux qui semblaient exprimer des désirs. La gorge a continué à prendre du développement, elle est ferme et bien placée, en un mot, cette petite fille présente, à son âge actuel de vingt-sept mois, tous les signes physiques de la puberté, qui ont commencé à se manifester après la naissance."

D'autres exemples du même genre ont été cités par Dezeimeris dans le journal l'*Expérience*, t. II, p. 12, mais il nous a été impossible de nous procurer cet ouvrage.

Après avoir cité ces faits, il convient de se demander s'il existe des causes susceptibles d'influencer la première menstruation ; on sait, en effet, depuis les nombreux travaux entrepris à ce sujet, qu'en tenant compte des cas exceptionnels, les premières menstrues peuvent s'établir depuis l'âge de trois mois jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. En 1835, Marc d'Espine publia dans les *Archives générales de médecine*, ses " Recherches sur quelques-unes des causes qui hâtent ou retardent la puberté." Les observations qui constituent la base de ce mémoire ont été prises, dans différentes villes, et disons tout de suite, que celles qui concernent Marseille ont été fournies par notre honoré maître le professeur Girard.

Depuis qu'Haller a émis cet axiome que la puberté allait diminuant des pôles à l'équateur, c'est une idée très répandue que les premières règles sont influencées par le climat, c'est-à-dire par la température moyenne annuelle combinée à la latitude géographique. Au siècle dernier, Montesquieu et Cabanis se sont faits les propagateurs de cette opinion, et tout le monde admet aujourd'hui que les femmes turques et arabes sont très précoces alors que les femmes de la Laponie et les Esquimaux sont très arriérées. Hâtons-nous de reconnaître que si cette influence est réelle, il ne faut pas l'exagérer. Les recherches rigoureuses de divers auteurs, réunies par Raciborski dans une statistique de 25,592 observations vont nous en donner la notion exacte. Cet auteur a trouvé que pour Marseille dont la latitude est de $43^{\circ} 17'52''$ et la température annuelle de $14^{\circ} 75$, l'âge de la puberté correspond à 13 ans 7 mois et 24 jours. Marc d'Espine, de son côté, a trouvé que la puberté pour Marseille correspondait à 13 ans 9-10. Ces chiffres concordent parfaitement. Or, aux extrêmes de cette échelle statistique nous trouvons l'Asie méridionale avec $18^{\circ} 56'$ de latitude et $25^{\circ} 06$ de température et la Laponie avec 68° de latitude et 0° de température. L'âge de la puberté est de 12 ans 10 mois et 27 jours dans la première, et de 16 ans 7 mois et 27 jours dans la seconde.

On a pensé, non sans raison, que l'influence héréditaire et tout spécialement l'influence ethnique se manifesterait au moins autant que l'influence des climats. Et de fait, Courty a cité une famille dans laquelle la mère et ses huit filles avaient été réglées à onze ans. Nous avons vu que dans l'Inde l'âge moyen de la puberté était 12 ans et 10 mois ; or, le Dr Webb, qui a exercé à Calcutta, affirme que les filles nées de parents européens ne sont jamais réglées avant 13 ans et souvent seulement à 16, 17 et 18 ans. L'influence de la race est bien évidente dans les observations du Dr Schukitz ; ce confrère a trouvé que les premières menstrues en Bohême avaient lieu à 16 ans et 8 mois, et en Hongrie à 14 ans et un mois. Or, l'influence de la température et de la latitude est insignifiante pour expliquer cet écart qui se comprend bien mieux par l'influence des races magyare

et slave De même en Pologne, le Dr Lebrun a constaté que les juives, qui ne se mésoient guère, sont plus précoces que les catholiques.

Mais si le climat et les races sont, à la rigueur, suffisants pour expliquer, d'une façon générale, une différence de quelques années dans l'apparition des menstrues chez les diverses femmes du globe, il est un facteur bien plus important, c'est le tempérament génital. C'est le seul qui soit susceptible d'expliquer les menstruations enfantines. De même que nous voyons chez certains enfants, le cerveau présenter un certain développement prématuré, chez d'autres l'appareil locomoteur ou le système sensoriel prendre un développement plus précoce, il est logique d'admettre, — et Raciborski l'a prouvé par l'examen des ovaires, — que l'ovaire peut, chez certaines jeunes filles, se distinguer de bonne heure par une activité plus marquée. C'est ce qui constitue le tempérament génital, défini par Raciborski " la vigueur plus ou moins grande que la nature déploie dans le développement des vésicules de de Graaf," c'est-à-dire l'aptitude plus précoce à la puberté.

Il ne faut pas chercher ailleurs l'explication des menstruations enfantines. Et cette cause est aussi la même et la seule qui puisse nous satisfaire quand il s'agit de comprendre les ménopauses tardives. Pourtant la plupart des auteurs refusent le nom de menstrues à ces flux sanguins qu'on observe parfois chez la femme après la cinquantaine, parce que, d'une part, ils ne sont pas vraiment périodiques, et parce que, d'autre part, ils sont souvent sous la dépendance d'une affection cardiaque (Scanzoni). Cependant, Scanzoni lui-même a vu une femme régulièrement réglée jusqu'à 63 ans et une autre jusqu'à 67 ans; mais chez cette dernière il trouve une atrophie des ovaires, et il explique ces hémorrhagies par des troubles circulatoires liés à une lésion cardiaque. Courty cite une femme encore menstruée à 65 ans. Webb cite pour les Indes, sur le témoignage d'un étudiant en médecine du pays, sept femmes réglées à 60, 63, 64, 65, 67, 68 ans et une à 80 ans. Cornélie, mère des Gracques, accoucha, dit-on, à 70 ans, mais on ne dit pas si les règles persistaient, car on sait qu'il existe des exemples de grossesse survenue après la ménopause. Duperron a cité dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences*, année 1768, un cas de menstruation à 91 ans. Mauriceau enfin rapporte, d'après Schenkius, l'observation d'une femme dont la menstruation aurait duré jusqu'à 104 ans. Il est inutile de chercher mieux, car si le fait est exact, cette vénérable dame a réalisé sa vie durant la fiction des poètes: l'éternelle jeunesse de la femme.

(Extrait d'une communication du Dr Pluyette—*in Marseille medical*, 1er mai 1896.)

* * *

TRAITEMENT DES VULVITES ET VAGINITES DES PETITES FILLES.—Dans le cas de vulvite sans urétrite, ni vaginite, on fera trois fois par jour des lotions avec la décoction de feuilles de noyer, la liqueur de Van Swieten coupée d'eau bouillie par parties égales, ou la solution suivante :

Permanganate de soude.....	0 gr. 50 centig.
Eau distillée.....	500 grammes.

ou bien :

Chlorate de potasse.....	15 grammes.
Eau distillée.....	300 —

On séchera la vulve à l'aide de coton hydrophile, on écartera les lèvres et on saupoudrera avec du salol ou de l'acide borique, on recouvrira d'ouate et on appliquera un bandage en T.

En même temps trouvent leur indication, bains de sel, d'amidon ou bains sulfureux :

S'il y a vulvo-vaginite, il devient nécessaire d'agir sur la muqueuse vaginale.

A l'aide d'une petite seringue ou d'une poire de caoutchouc, on fera des injections dans le vagin, soit avec la solution de permanganate de potasse déjà indiquée ou avec la liqueur de Van Swieten, ou bien, on injectera tous les jours ou tous les deux jours, la solution argentine :

Nitrate d'argent.....	2 grammes
Eau distillée.....	100 —

La toilette de la vulve précédera toujours les injections vaginales.

Si les parents se refusaient aux injections vaginales, on pourrait utiliser les crayons de salol et d'iodoforme formulés ainsi :

Beurre de cacao.....	1 gramme.
Salol ou iodoforme.....	0 gr. 10

pour un crayon de trois millimètres de diamètre.

L'urétrite sera soignée par les balsamiques : santal, cubèbe en capsules ou sous forme d'électuaire.

Poudre de cubèbe.....	10 grammes.
Miel blanc.....	20 —

dont on donnera le quart chaque jour.

Si dans le cours d'une vulvo-vaginite on voit apparaître une ophtalmie, cette complication, qui peut être terrible, sera traitée comme l'ophtalmie blennorrhagique ; car il faut bien savoir que ces vulvites et vulvo-vaginites, pour n'être pas d'origine vénérienne, n'en sont pas moins très souvent de nature blennorrhagique.—(*Journ. de clin. et de théor. inf.*)

::

UNE MÈRE SAINTE DOIT-ELLE ALLAITER SON ENFANT ATTEINT DE SYPHILIS CONGÉNITALE ? par GEORGES OGILVIE. (*J. de clinique et de théor. infantiles.*)

Nous devons nous féliciter de ce que le Dr Coutts a mis fin à un dogme par une critique soignée des faits et ses travaux marquent un pas en avant dans la question. Le Dr Coutts a recherché s'il existait des exceptions authentiques à la loi de Colles, et cependant, il conclut que ces exceptions sont si rares qu'elles ne doivent pas modifier notre pratique. Il s'en tient aux précautions recommandées par Hénoch " Je ne vois, dit-il, d'obstacle à l'allaitement d'un enfant syphilitique congénital par sa mère, que les excoriations du mamelon ou les altérations et les fissures de la bouche du nourrisson." Il ne me paraît pas prudent d'adopter une pareille conduite.

Le Dr Coutts montre par la statistique de Shadwell Hospital que la fréquence de l'infection des nourrices a été probablement très exagérée, mais cependant, le fait se produit et il est certain qu'une femme saine qui allaite un nourrisson syphilitique, qu'elle soit ou non la mère de l'enfant, peut contracter la syphilis du fait de l'allaitement. Il me semble qu'on n'a pas le droit d'exposer une femme à un tel danger, même en prenant les précautions d'Hénoch.

Le danger est moindre pour la mère, qui jouit d'une certaine immunité, que pour une autre nourrice ; l'infection cependant peut l'atteindre et dira-t-on que les précautions d'Hénoch sont de nature à nous permettre de lui faire courir ce risque. A dire vrai, elles n'offrent qu'une sécurité illusoire. Il faudrait surveiller constamment les mamelons de la mère et la bouche de l'enfant, et Hénoch ne dit pas que faire si ces lésions apparaissent dans le cours de l'allaitement.

D'autre part, ces lésions ne peuvent-elles pas être petites au point d'échap-

per à l'inspection et suffire cependant à l'infection ? La règle pour le praticien me semble, dès lors, de s'opposer à cet allaitement.

On objectera que priver de tels enfants du sein maternel leur causera un grave préjudice. Cela peut bien être, mais dans ce conflit d'intérêt, je crois que bien peu se rangeront du côté de l'enfant.

Ce n'est pas que je veuille la mort des petits syphilitiques, mais je crois être dans le vrai en prisant davantage la santé de la mère indemne que la santé et la vie de son enfant syphilitique.

Pour un enfant syphilitique, il y a deux alternatives ; ou bien il meurt avant sa naissance, et c'est sans aucun doute le mieux qu'il puisse faire ; ou il naît à terme atteint de syphilis et sujet à toutes les alternatives de la maladie, comme dit Fournier. Allez-vous donc, dans l'espoir d'améliorer une existence aussi sérieusement compromise, exposer une femme saine, destinée peut-être à porter d'autres enfants, au moindre risque de contracter cette maladie terrible ?

Je vais plus loin que le Dr Coutts et je ne puis admettre que les précautions d'Hénoch soit suffisantes, non seulement pour les nourrices mercenaires, mais même pour les mères des petits syphilitiques.

M. Hutchinson pourtant ne croit même pas que ces précautions soient nécessaires. Il admet bien qu'il y ait des exceptions à la loi de Colles, mais il pense qu'elles sont si rares qu'elles ne doivent pas interdire l'allaitement des syphilitiques par leurs mères.

Avant la discussion de janvier dernier à la Société Royale de Médecine et de Chirurgie, je ne savais pas que M. Hutchinson admit la possibilité de ces exceptions. Car, auparavant, il s'était prononcé énergiquement dans un sens contraire. " Je ne sache pas, disait-il par exemple, qu'une seule objection à la loi de Colles, ait été rapportée," et encore : " S'il existe un seul cas prouvant qu'une mère ait contracté un chancre de son propre enfant, il a échappé à mes lectures " Mais maintenant, M. Hutchinson, sans avoir vu une seule exception à la loi de Colles, en admet la possibilité et pense qu'il faut s'attendre à en rencontrer ; néanmoins, il est d'avis que, " nous devons continuer à encourager les mères à nourrir leurs enfants syphilitiques, sans leur donner l'assurance d'une immunité absolue mais en leur disant que, pratiquement, elles ne courent à peu près aucun risque." Je ne crois pas que cette pratique puisse se justifier et dans mon opinion, M. Hutchinson exagère beaucoup le danger de l'allaitement artificiel pour les syphilitiques.

Des causes infiniment moins sérieuses que la crainte de contracter la syphilis décident bien souvent à conseiller aux mères de recourir au biberon, sans qu'on croie faire courir ainsi à la vie de l'enfant des risques très graves. Dès l'instant qu'il est bien démontré que la loi de Colles n'est pas une loi infallible, il me semble qu'aucune mère ne doit être exposée à contracter un chancre en allaitant son enfant syphilitique.

La règle pour les mères doit, selon moi, être la même pour les nourrices mercenaires. Les premières courent sans doute un moindre danger que les secondes, mais il est certain qu'elles courent quelque danger, et il ne faut pas qu'elles soient exposées, si peu que ce soit. Si les exceptions à la loi de Colles n'étaient pas bien établies, si elles n'étaient encore que des hypothèses rationnelles, il me semble que les mères devraient encore se protéger contre tout risque. — (*Journ. des Sages-Femmes.*)

M. MAUREL (de Toulouse) a communiqué à l'Académie de Médecine que, d'après les expériences qu'il a faites sur le lapin, la saignée et les différents modes de révulsion locales activent la leucocytose et peuvent avoir leur utilité dans un grand nombre d'affections microbiennes.

REVUE D'HYGIÈNE

L'HYGIÈNE DES CLASSES

Les salles de classes sont les parties les plus importantes du bâtiment scolaire ; elles doivent tenir le premier rang dans les préoccupations des hygiénistes et des architectes et éveiller au plus haut degré leur sollicitude. Les écoliers séjournent à peine dans les autres dépendances de l'école et ne font qu'y passer ; ils n'en subissent que momentanément l'action ; l'influence de la classe peut, au contraire, être très puissante sur la santé des enfants, ce qui donne à sa bonne installation et à toutes les questions d'hygiène auxquelles celle-ci est subordonnée un intérêt de premier ordre. L'élève y doit trouver une température douce, un espace suffisant, un éclairage convenable et surtout de l'air en abondance, régulièrement et largement renouvelé par une ventilation bien comprise.

La classe doit-elle être nécessairement placée au rez-de-chaussée ? Cette question a été l'objet de discussions nombreuses et d'une manière générale il n'est pas douteux que, classes ou études, tous les locaux où les élèves séjournent seront avec avantage casés aux étages supérieurs ; il y a alors absence d'humidité et conditions d'aération et d'éclairage préférables ; le soleil est plus longtemps en vue, les fenêtres sont dégagees de l'ombre projetée par les grands murs, les constructions élevées et les arbres ; l'air circule plus aisément et l'aération est plus rapide et plus complète. Mais ces considérations d'ordre général doivent s'adapter aux exigences de chaque cas particulier. Dans les petites localités et surtout à la campagne, le peu d'importance numérique de l'école ne comporte pas l'adjonction d'une étage, le rez-de-chaussée suffit, et les exigences de l'hygiène sont convenablement sauvegardées par l'élévation de ce rez-de-chaussée sur des caves ou un sous-sol peu élevé. On évite ainsi, d'ailleurs, les allées et venues bruyantes et tumultueuses au travers des escaliers, et les chutes avec lésions sérieuses, qui ne sont pas très rares quand il s'agit d'enfants encore très jeunes.

Le sol de la classe doit être aménagé pour mettre autant que possible les pieds des enfants à l'abri de l'humidité et du froid. Le revêtement à préférer est le plancher ; il y aurait lieu de choisir le chêne, plus solide, moins perméable ; mais aussi beaucoup plus coûteux. Le sapin, bien plus poreux, absorbe l'humidité ; sous l'action du chauffage ou de la sécheresse, il se rétracte, ce qui donne lieu à des crevasses qui retiennent les poussières et les détritiques infectieux, à moins qu'elles ne les laissent passer au-dessous du plancher. Sous l'influence de l'humidité, il se développe alors, dans ce milieu, des cryptogames et des mucédinées, foyers de mauvaises odeurs et d'émanations infectieuses.

Pour rendre faciles le nettoyage et l'application des mesures de désinfection, il faut que le plancher soit rendu imperméable : on y arrive facilement par l'application de deux ou trois couches d'huile de lin bouillante, opération peu coûteuse et que l'on peut aisément renouveler deux fois par an. Il suffit alors, pour nettoyer, non de laver à grande eau, ce qui amènerait un refroidissement intense, mais de passer d'abord sur le plancher un linge mouillé, puis un linge sec. Pour rendre le plancher imperméable, on peut encore y appliquer, à la brosse ou au pinceau, deux couches d'un mélange de trois quarts de coaltar, produit peu coûteux de distillation de la houille, avec un quart d'huile lourde de houille. On pourrait encore, si le prix de revient n'en était pas trop élevé, revêtir le plancher d'un vernis hydrofuge.

Il faut rechercher pour les murs de la classe les revêtements imperméables, tels que la peinture à l'huile, de couleur verte ou jaune.

Les éléments infectieux issus de l'encombrement humain sont entraînés par la vapeur d'eau, provenant de l'air expiré, laquelle se condense sur les parois et ruisselle jusqu'en bas. Ces déchets nuisibles et infectieux céderont en tous cas à l'aération et à de simples lavages, et l'on évitera ainsi les inconvénients qu'il y aurait à laisser les murs s'imprégner de l'humidité chargée de tous les miasmes qu'elle peut contenir.

Les papiers de tenture, sans parler des dangers que présentent certaines couleurs qui entrent dans leur fabrication, sont enduits de colle qui peut se putréfier par la chaleur humide; ils ne peuvent d'ailleurs être lavés.

Les angles formés par la rencontre des murs et du plafond constituant de véritables nids à poussière, le plafond devra être uni, sans moulures et les angles trièdres formés par la rencontre des murs entre eux et avec le plafond devront être arrondis et concaves.

L'étendue en surface de la classe est subordonnée à des considérations hygiéniques et pédagogiques qui lui assignent des limites dont elle ne peut s'écarter. Cette étendue dépend du nombre d'élèves et de leur âge auquel sont liées les dimensions du mobilier scolaire; pour la déterminer, on doit encore tenir compte de la portée de la vue et de l'ouïe; il faut que les enfants assis au rang le plus éloigné du maître puissent entendre sa parole et voir nettement et sans efforts les figures ou les caractères tracés au tableau placé derrière lui. Au point de vue pédagogique, il ne faut pas que la classe s'étende trop loin devant le maître pour ne pas astreindre à une trop pénible épreuve sa puissance vocale et afin que la surveillance lui soit aisée, même pour les rangées les plus reculées dont la distance n'excèdera pas la portée de sa voix et de ce que l'on a appelé, un peu prétentieusement, la puissance disciplinaire du regard.

Dans la plupart des pays de l'Europe, on est d'accord pour donner aux classes la forme d'un rectangle dont la plus grande dimension ne doit dépasser l'autre que de l'étendue nécessaire pour placer la chaire du maître et l'appareil de chauffage s'il y a lieu. La forme allongée permet au maître d'embrasser facilement l'ensemble de sa classe; elle est, de plus, favorable à l'éclairage de jour, en limitant la longueur des rangées de tables, et en laissant ainsi, dans le cas d'éclairage unilatéral, la lumière arriver jusqu'aux élèves assis à l'extrémité des rangées la plus éloignée des baies éclairantes. De plus elle facilite le groupement à surface égale d'un plus grand nombre d'élèves. Le rapport entre la longueur et la largeur est de 4 à 3.

En tenant compte de la portée de la vue et de l'ouïe chez les enfants, et des limites de la puissance vocale du maître, on ne peut guère dépasser 30 pieds de longueur. La largeur de la classe est limitée comme dimension maxima par les nécessités de l'éclairage; elle variera de 18 à 20 pieds. C'est par la partie la plus élevée de la fenêtre qu'arrive le plus de lumière aux élèves éloignés des croisées, et plus celles-ci seront hautes mieux sera éclairée celle des extrémités de la rangée qui en est la plus distante.

Il faut à un élève l'espace transversal nécessaire pour appuyer ses coudes sur la table, soit de 6 à 14 ans, environ 2 pieds. Dans le sens antéro-postérieur, les dimensions du pupitre ou de la table prennent de 15 à 18 pouces. Il est bon que toutes les dimensions de la classe soient calculées de manière à donner à chaque élève trois pieds carrés.

La hauteur de la classe doit être subordonnée à sa largeur, et cela non-seulement au point de vue architectural, mais surtout sous le rapport de l'éclairage; les baies éclairantes devant être proportionnées, pour la hauteur, à la largeur de la classe et dans un rapport constant avec elle. Le cubage minimum par élève doit être de 15 pieds cubes.

Le nombre d'élèves par classe ne doit pas dépasser 50. Avec un nombre plus considérable, si l'on s'astreint, comme il convient, à respecter les conditions

de cubage indispensable, on est obligé, nous l'avons dit, de donner à la salle des dimensions défavorables au côté pédagogique.

ECLAIRAGE.—Qu'il faille aux écoliers beaucoup de lumière, en même temps qu'un éclairage d'une innocuité absolue, c'est là un point sur lequel tout le monde est d'accord ; les dissentiments n'apparaissent que sur le mode d'application. Dans quelle direction la lumière doit-elle pénétrer dans la classe ? La lumière venant de face est gênante et rejetée par tous ; elle oblige en effet les élèves à incliner la tête en avant pour éviter la radiation aveuglante qui vient les frapper en face, et les éblouit s'ils cherchent à voir le maître et à suivre les jeux de physionomie et les gestes qui accompagnent le développement de sa pensée. Quand elle arrive par derrière, elle développe des ombres sur les livres et le papier et pour les éviter, les écoliers sont obligés de se tordre et de s'incliner dans divers sens ; elle est d'autre part, fort gênante pour le maître qui, à son tour, ne peut voir ses élèves qu'avec peine et incomplètement. L'éclairage par en haut se rapproche de l'éclairage naturel, mais la lumière projette alors sur le papier l'ombre de la tête des enfants et gêne l'écriture et le dessin.

Nous restons donc en présence de l'éclairage venant de côté. Il est presque toujours unilatéral ; s'il vient de droite, la main de l'élève porte sur le papier une ombre gênante qui se déplace avec les mouvements et qui est une cause de trouble. La lumière venant de gauche n'a pas le même inconvénient. En Allemagne, Reclam, Erismann, Gross, Warrentropp, Cohn, Zwez, Wiel ; en Suisse, Fahrner ; en France, E. Trélat et Layet se sont prononcés d'une façon presque unanime pour l'éclairage unilatéral gauche. E. Trélat a démontré que l'éclairage d'un seul côté est le plus propre à donner une notion exacte de la forme des objets, et qu'il n'expose pas comme le bilatéral, à des jeux d'ombre changeants et fatiguants ; c'est l'éclairage adopté par tous les artistes, peintres et sculpteurs. On obtient facilement un éclairage unilatéral en fermant sur un côté de la classe les persiennes des fenêtres.

L'abondance de la lumière dépend de la surface représentée par l'ensemble de fenêtres. On admet généralement que la surface du vitrage doit égaier le quart ou même le tiers de celle du plancher.

Il peut se faire que l'on ne puisse donner aux fenêtres une hauteur suffisante pour que la lumière arrive dans la classe jusqu'à l'extrémité des tables ; on peut alors compléter l'éclairage insuffisant venu de gauche par le jour venant des baies ouvertes à droite, mais de dimensions moindres, de manière à conserver la prééminence à la lumière venant de gauche. C'est ce que l'on appelle l'éclairage bilatéral différentiel.

L'orientation de la façade éclairante devra être au nord, d'où ne viennent jamais de rayons solaires, et dont la lumière, par conséquent, est stable et uniforme. La classe ne sera alors éclairée que par la seule lumière du ciel ; c'est l'exposition que les artistes recherchent exclusivement pour leur atelier. La lumière qui vient du nord est la moins fatigante, elle ne présente pas les alternatives très tranchées de l'éclairage qui vient par l'est ou par l'ouest, ni la cruelle intensité de celle qui vient du midi. On admet que la façade vitrée peut être légèrement inclinée vers l'est ou vers l'ouest, le soleil levant ayant déjà tourné la façade éclairante quand les élèves arrivent, et les écoliers étant déjà partis avant qu'elle ne soit frappée par le soleil couchant.

Dans les cas de fissures du sein, rapprochez les fissures et couvrez-les de stérésol. Dix minutes après, appliquez une seconde couche. Au bout d'un quart d'heure, l'enfant peut téter. Aucun pansement est nécessaire.

REVUE DE PÉDIATRIE

ÉTUDE SUR LA NÉCESSITÉ DE LA STÉRILISATION DU LAIT DE VACHE.

(Stérilisation à base température ou Pasteurisation.)

Par le Docteur ISAÏE CORMIER,

*Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame. **

Messieurs,

Le travail que je vous présente n'est pas original, il est simplement le résultat d'études que j'ai faites sur la question du lait. Je voudrais vous démontrer la nécessité de la stérilisation du lait de vache, surtout de la stérilisation à basse température ou pasteurisation, quand nous voulons faire du lait de vache l'aliment du nourrisson. Pour arriver à mon but, j'ai dû puiser mes renseignements à plusieurs sources de la science.

Pour l'intelligence du sujet que je vais traiter il faut savoir :

Pourquoi il faut stériliser le lait de vache ?

Pourquoi, le lait n'est pas aseptique ?

Quels sont les agents de contaminations et comment ils pénètrent dans le lait et s'y multiplient ?

Quels sont les moyens de détruire les germes de la fermentation lactée ?

Enfin, quels sont les résultats qu'on peut obtenir ?

« Le lait est en somme une partie d'un organisme, rejetée dans le monde extérieur, qui, si elle n'est pas utilisée par un autre organisme ou protégée par une intervention toute spéciale, doit faire retour au monde minéral par la série des mutations chimiques qui constituent la fermentation et la putréfaction. C'est le plan de la nature et, pour y satisfaire, les agents de ces opérations chimiques sont répandus partout, prêts à attaquer le lait comme toute matière organique privée de vie. »—(Rodet.)

Il est donc très difficile, pour ne pas dire impossible de se procurer un lait aseptique, à moins d'éviter deux sources de contamination.

1^o La traite et les manipulations.

2^o Le lait lui-même pouvant contenir des microbes de maladies virulentes et infectieuses dont la vache peut être affectée.

Il est pratiquement impossible de traire une vache sans contaminer le lait : Rotch donne des procédés d'aseptie les plus minutieux pour traire une vache, et encore, malgré tout, il a pu développer un grand nombre de colonies microbiennes dans le lait recueilli d'après ses indications.

Les expériences de Miquel donnent, deux heures après la traite, 9,000 bactéries par centimètre cube ; 25 heures plus tard 5,600,000. De plus la chaleur favorise à un très-haut degré ce développement ; ainsi, ce même lait, à 35° C, a donné 165,000,000 par centimètre cube en 15 heures.

En passant, je dois mentionner l'importance de refroidir le lait le plus vite possible après la traite afin d'empêcher cette pullulation.

* Travail lu devant la société des anciens internes de l'Hôpital Notre-Dame, le 7 octobre 1896.

Etant connu qu'il est impossible de se procurer du lait aseptique, surtout avec les procédés ordinaires, il importe de savoir quels sont les microbes que nous y rencontrons ?

Ce sont les microbes saprophytes et les microbes pathogènes. Les saprophytes existent toujours dans le lait ; * les pathogènes sont soit accidentels, soit apportés par la manipulation ou par les maladies infectieuses de la vache.

Expliquons maintenant comment ces microbes saprophytes agissent sur le lait.

Rappelons-nous que le lait se compose principalement d'eau, de lactose ou sucre de lait, de caséine, de beurre ou matière grasse et de sels. Plusieurs de ces parties constituantes du lait ont des ferments qui leur sont propres ; parmi les principaux, sont ceux qui agissent sur la lactose et sur la caséine.

FERMENTATION DE LA LACTOSE OU FERMENTATION LACTIQUE.

L'expérience nous a démontré que du lait frais, laissé en repos, pendant quelques heures, devient graduellement acide, puis la caséine se coagule quand l'acide lactique est en assez grande quantité et cela d'autant plus promptement que la température ambiante lui est favorable. La propriété de l'acide lactique de faire coaguler la caséine est augmentée par la chaleur, dans les ménages on appelle cela faire *tourner le lait*.

Voici ce qui se passe pour expliquer ce phénomène :

Cet acide se développe aux dépens de la lactose et Pasteur a découvert que cette fermentation était dû à un microbe auquel il a donné le nom de " Ferment Lactique " et Wurtz et Laudet ont trouvé qu'il ressemblait à certains microbes de l'intestin. Enfin Escherich a trouvé que ce ferment était le " *Bacterium lactis aërogens* " et le " *Bacterium coli-commune* ; " Ces bactéries proviennent des matières fécales de la vache et comme il est presque impossible de la traire aseptiquement, nous les trouvons dans le lait.

Ces deux genres de bacilles possèdent des variétés qui influent beaucoup sur la production de l'acide lactique et quelquefois même elles peuvent être pathogènes tant par leur nombre que par leur activité.

Plusieurs autres fermentations peuvent survenir, mais nous pouvons passer outre pour nous occuper de la *fermentation de la caséine*.

Les saprophytes de la caséine appartiennent au groupe " *Bacillus subtilis* " et au " *Bacillus mesentericus vulgaris*." Tous ces microbes coagulent la caséine sans acidifier le lait à la manière de la présure ou lab-ferment et ensuite liquéfient ce coagulum par un autre ferment que Duclaux a appelé " *Caséase* " : c'est la peptonisation.

Les *Bacillus mesentericus vulgaris* rencontrés souvent dans le lait doivent être rapprochés des *subtilis* et offrent une grande variété dont le plus important est le *Tyrophrix tenuis* qui d'après Lesage produirait certaines formes de choléra infantile.

Quand tous les microbes que nous venons de mentionner ont fini de transformer la caséine en coagulum, puis de liquéfier ce coagulum en le peptonisant, ils continuent leur action de destruction pour donner naissance à une infinité d'autres produits, parmi lesquels il y en a de très-nocifs.

Viennent ensuite les microbes des laits colorés, des laits amers, des laits filants et visqueux qui sont tous plus ou moins injurieux.

Les saprophytes de la lactose et de la caséine ne sont généralement pas pathogènes, mais ils deviennent nuisibles à la santé en rendant le lait acide et en

* Je dis toujours, non pas pour signifier qu'ils sont inhérents au lait, c'est-à-dire développés dans la mamelle, mais pour dire qu'il est impossible de les éviter, se trouvant logés dans l'entrée des vaisseaux galactophores, dans les interstices de l'épiderme, sur les poils, les pailles et les mains souillées, les vaisseaux, l'eau, etc., etc. Des expériences ont démontré que l'air qui n'est pas agité et sans poussière ne compte pas pour grande chose dans l'infection du lait.

altérant sa composition première. Cependant, il est démontré que dans des circonstances ils peuvent acquérir une certaine virulence et qu'alors plus le nombre est grand plus ils sont injurieux, surtout sous l'influence des chaleurs de l'été.

Brieger a trouvé dans le lait putréfié un microbe qu'il a nommé "Spasmotoxine," ce qui expliquerait bien les convulsions que nous rencontrons chez des nourrissons souffrant de constipation avec des selles blanches, dures et fétides, j'ai eu occasion d'observer de ces cas qui ont eu jusqu'à 40 attaques convulsives dans 24 heures.

MICROBES PATHOGÈNES DU LAIT.

Je ne ferai que les mentionner sans chercher à démontrer leur présence et la possibilité de leur transmission à l'homme par l'intermédiaire du lait, ces différentes questions ont été débattues et on en a admis la possibilité. Nous pouvons donc trouver :

Le bacille	de la Tuberculose.
" "	de la Pneumonie.
" "	de la Fièvre Typhoïde.
" "	de la Suppuration.
" "	des Aphtes.
" "	de la Malaria.
" "	de la Diphtérie.
" "	du Choléra Asiatique.
" "	du Muguet, etc.

En examinant cette liste on peut se rendre compte, que non-seulement la contamination peut fournir ces microbes, mais aussi la vache elle-même peut souffrir de quelques-unes de ces maladies et donner un lait infecté.

Quels sont les moyens que nous possédons pour éviter les inconvénients que causent les saprophytes et les microbes pathogènes ?

Plusieurs moyens ont été proposés. La chimie par ses sels antiseptiques empêche il est vrai la fermentation et la putréfaction du lait, mais elle en change la composition. La mécanique par la centrifugation et par la filtration est insuffisante.

Il nous reste le froid et la chaleur. Le froid seul ne peut suffire parce qu'il ne fait que retarder la fermentation, et du moment que le lait peut obtenir une température convenable, la fermentation se rétablit aussi bien que s'il n'avait pas été influencé par le froid. La chaleur seule peut à un certain degré non-seulement retarder mais empêcher complètement la fermentation en détruisant tous les ferments et les autres microbes.

Des expériences ont aussi prouvé que la chaleur, à un degré donné, peut acquérir un pouvoir microbicide bien plus considérable par un temps d'exposition plus prolongé ; ainsi, tel microbe détruit à 80° pendant 10 minutes, le sera à 70° pendant 30 minutes.

Cherchons à quels degrés de chaleur il faut porter le lait pour l'aseptiser.

	Meurent à				
Bacterium lactis aerogens	}	140° F. pendant 10 minutes.			
Bacterium coli-commune					
Tuberculose, les opinions varient entre.....	}	158° F.	"	1	"
		à 140° F.	"	10	"
Fièvre Typhoïde, les opinions varient entre...	}	133° F.	"		
		à 140° F.	"	10	"
B. de la Pneumonie.....		131° F.	"		
B. de la Suppuration.....		126° F.	"	10	"
B. des Aphtes		138° F.	"	10	"
B. de la Diphtérie.....		137° F.	"	10	"
B. du Choléra Asiatique.....		140° F.	"	10	"
B. du Typhus.....		133° F.	"	10	"
Le Staphylococque pyogenes et aureus.....		137° F.	"	10	"

De tous ces microbes il n'y a que le bacille de la tuberculose qui demande une température un peu élevée ; mais ce degré de stérilisation est encore plus bas que la stérilisation ou la pasteurisation ordinaire, comme nous le verrons plus tard, surtout si la stérilisation est prolongée ; car le Prof. Forster est arrivé à détruire ce bacille à 131° F. pendant 4 heures.

Les bacilles de la caséine, c'est-à-dire le bacillus subtilis, le tyrothrix tenuis et le bacillus mesentericus vulgaris, résistent beaucoup plus à la chaleur, ils ne meurent qu'en approchant 212° F. pendant une minute ; peut être qu'en prolongeant le temps on pourrait arriver au même résultat avec une température bien moins élevée.

Les bacilles de la caséine produisent des spores qui ne peuvent être détruites qu'à environ 228° F, c'est le point le plus élevé de la stérilisation ; et pour qu'un lait se conserve indéfiniment il faut obtenir ce degré.

Dans l'industrie ce point de stérilisation est nécessaire parceque ce lait est consommé quelques fois longtemps ; mais alors il possède un fort goût de lait cuit, malgré les perfectionnements qu'on a apportés dans les procédés.

Nous ne nous arrêterons pas au lait d'industrie parceque les ateliers de ce genre sont rares dans notre pays. Occupons-nous de la stérilisation à domicile, c'est-à-dire de la stérilisation à 212° F. et de la pasteurisation ou stérilisation à basse température à 160° F. Par ces deux procédés nous ne pouvons pas atteindre complètement les ferments de la caséine et bien moins leurs spores. Il n'est pas nécessaire de bien s'en occuper, car ils servent à la digestion en aidant l'estomac dans la coagulation de la caséine, puis ensuite en peptonisant ce coagulum ; cependant la température qu'on aura employée contribuera à retarder leur développement, si toutefois ce lait est conservé au frais et employé dans les 24 heures.

Voici quelques objections qu'on a fait à l'emploi du lait stérilisé :

1° Goût de lait cuit, ce n'est pas un grand inconvénient parce que le nourrisson s'y accoutume en très peu de temps, et dans la pasteurisation ce goût ne se fait presque pas sentir.

2° Altération de la composition du lait et sa mauvaise digestibilité ; l'altération consiste dans la précipitation d'un peu de phosphates, mais comme le lait de vache en contient beaucoup plus que le lait de femme, il nous est permis d'en sacrifier un peu.

La coagulation de l'albumine soluble qu'on remarque sur le lait qui est sur le point de bouillir est complètement évitée par la pasteurisation.

Quant à sa digestibilité la plupart de ceux qui ont écrit sur ce sujet disent que ce lait est mieux digéré que le lait crû ; quand bien même n'y aurait-il que les ferments de la lactose pour nuire à la digestion cela serait suffisant pour nous faire ranger du côté des défenseurs de la stérilisation.

L'émulsion de la matière grasse après la stérilisation est moins complète, inconvénient qui disparaît quand on réchauffe et agite le lait avant de le donner à l'enfant.

Si on n'emploie pas la stérilisation absolue, c'est-à-dire si on veut employer les procédés de stérilisation qui vont suivre, il faut qu'après cette chaleur le lait soit refroidi presque instantanément et conservé au moins à 60° F. ; les saprophytes de la lactose et les microbes pathogènes sont détruits, il est vrai, mais les saprophytes de la caséine ne le sont pas, ils peuvent se multiplier et agir sur cette dernière pendant que le lait retourne lentement à la température ambiante ; ce lait doit être consommé dans les 24 heures qui suivent.

Comment peut-on obtenir la stérilisation du lait à domicile ?

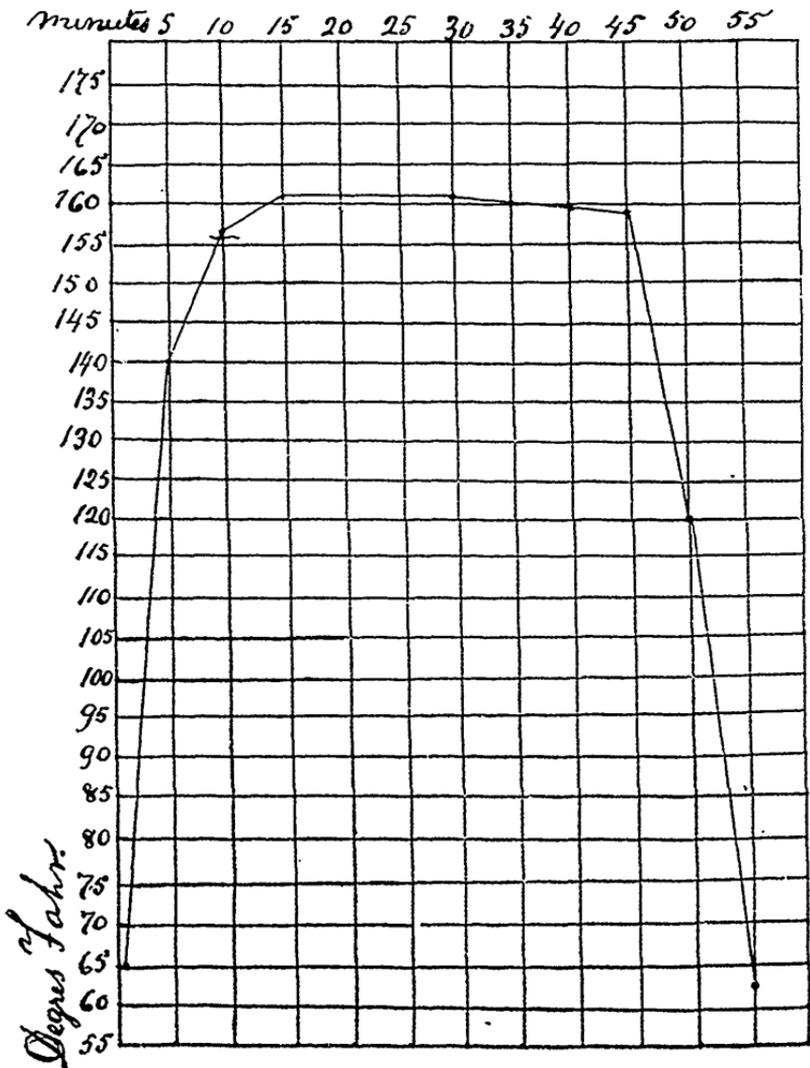
Par l'ébullition directe sur le feu qui donne au lait un goût de lait cuit très fort vu qu'une partie se trouve surchauffée sur les parois du vase exposées au feu.

Par le bain-marie qui consiste à mettre des bouteilles de lait dans de l'eau et de faire bouillir cette dernière pendant 30 à 40 minutes. Ces deux procédés.

donnent la stérilisation à 100°C ou 212°F , c'est sur ce principe qu'est basé le stérilisateur de Soxhlet modifié par Gentil. C'est sur ce même principe que j'ai fait faire de ces appareils par des pharmaciens de cette ville.

Nous voyons par le tableau que j'ai donné précédemment que 160°F , ou 70°C pendant 10 minutes sont audessus de la température suffisante pour détruire tous les bacilles moins ceux de la caséine qu'on peut négliger; nous pouvons donc nous servir de la pasteurisation qui veut la température de 159° à 167°F ou 70°C à 75°C . C'est sur ces données bactériologiques que j'ai construit un pasteurisateur. Pour arriver à ce but, j'ai appliqué ce principe que deux corps étant mis en présence, l'un chaud et l'autre froid, l'équilibre s'établit en faisant perdre au corps chaud une certaine quantité de chaleur.

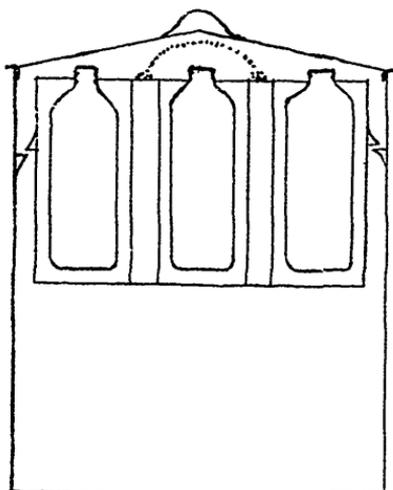
Je me suis servi d'une quantité suffisante d'eau bouillante pour pouvoir porter et maintenir une certaine quantité de lait de 65°F , pendant 40 minutes aux degrés de chaleur variant entre 158°F et 161°F , par une température ambiante de 70°F .



Echelle de la température pendant la stérilisation.

Cet appareil consiste en une marmite et en un porte-bouteille comme celui de Soxhlet avec cette différence que la marmite doit être assez grande pour contenir la quantité d'eau bouillante voulue pour pasteuriser pendant 40 minutes; de plus, le porte-bouteille doit être fait de tubes bouchés par le bout qui plonge dans l'eau; alors dans chaque tube on met une bouteille de lait et un peu d'eau froide, cette eau se réchauffe graduellement et empêche les bouteilles de casser; après 40 minutes on met l'appareil, sous le robinet de l'aqueduc ou tout autre source d'eau froide qui coule dans la marmite et refroidit très vite le contenu des bouteilles, l'eau chaude qui se trouve dans le tube se refroidit assez graduellement pour empêcher ces dernières de casser.

Le Dr Freeman veut que ce stérilisateur soit fait en cuivre, prétendant arriver mieux à obtenir la température voulue, j'ai réussi à avoir le même résultat avec du ferblanc ordinaire; d'ailleurs voici l'échelle de température que j'ai obtenu en faisant passer un thermomètre à travers le couvercle jusque dans l'intérieur des bouteilles. (Voir page 692).



Nous pouvons constater par cette échelle que le degré de température et la durée d'exposition sont suffisants pour obtenir une bonne pasteurisation et qu'ensuite le refroidissement est presque instantané.

Tous ces procédés, c'est-à-dire stérilisation absolue, ébullition, stérilisation au bain-marie et pasteurisation ne servent presque à rien si le lait a fermenté au préalable, car la stérilisation détruit les germes, mais ne restitue pas au lait ses éléments qui auront été altérés et qui dans certaines circonstances donnent des produits très nocifs.

Il faudra donc s'assurer de la provenance du lait, voir qu'il soit ventilé et refroidi immédiatement après la traite, et que jusqu'au moment de la stérilisation, qui ne doit pas être trop retardé, sa température ne devra pas être plus élevée que 60° F ou 15.6° C.

Messieurs, je terminerai ce travail en vous disant que je suis convaincu que par le lait de *bonne marque humanisé et stérilisé*, en ayant soin de bien *déterminer les quantités de chaque tétée et leur régularité*, je suis convaincu, dis-je, qu'on peut arriver à réduire à presque zéro la mortalité causée par la gastro-entérite.

Citons quelques extraits du rapport que M. le Dr P. Budin a fait devant la commission des crèches françaises sur l'alimentation des nourrissons, et vous verrez que j'ai raison de penser ainsi.

A la Maternité 617 enfants se sont présentés :

330 ont été suivis jusqu'à deux ans.

72 nourris au sein.

86 allaitement mixte.

35 allaitement mixte puis artificiel.

37 allaitement artificiel dès le début.

Sur le nombre total 15 sont morts, 2 nourris au sein, 13 nourriture mixte et artificielle ; 4 sont morts de broncho-pneumonie suite de rougeole ; 3 de syphilis ; 3 de méningite tuberculeuse, etc., aucun n'a succombé à la diarrhée ou au choléra.

Le Dr Chavane surveille les enfants dont les mères reçoivent un secours d'allaitement.

50 enfants ont été suivis.

19 étaient nourris au sein.

16 soumis à l'allaitement mixte.

15 à l'allaitement artificiel.

Parmi ces enfants 3 sont morts dont un seul a succombé à la diarrhée après huit jours de maladie sans que la mère ait voulu consulter personne.

Le Dr Drapier à la crèche Hypolyte Noiret.

En 1893 a eu 6 décès sur 46 enfants nourris au biberon (mortalité 13 p. c.)

En 1894, la stérilisation a été employée, 3 décès de gastro-entérite sur 58 enfants (soit 5 p. c.)

En 1895, mortalité 3 p. c.

Tels sont les résultats que les moyens scientifiques nous donnent ; vous voyez qu'il y a beaucoup à faire pour arriver à ces statistiques, *quand nous voyons nos crèches d'aujourd'hui donner une mortalité d'au-delà de 80 p. c.*

Montréal, 14 rue St-Denis.

Liste des noms des auteurs consultés au cours de ce travail :

Rodot, Miquel, Kitasato, Van Genes, Pasteur, Yersin, Schröder, Bitter, Seibert, Duclaux, Richet, Forster, Abba, Budin, Lesage, Hueppe, Conn, Marfan, Sternberg, Morgan Rotch, Buchner, Genoud, Grancher et Lidour Libard, Fur, Wurtz et Leudet, Escherich, Welsh et Abbot, Loeffler, Variot, Janowski, Weigmann, Froenkel, Brieger, Gautrelet, Soxhlet, Villemin, Parrot, Chavane, Peuch et Toussaint, Ollivier et Boulet, Nocard, Chauveau, Gentile, Klebs, Budin, etc., etc.

D'après une communication faite par Ignatoff à la Société de médecine de Varsovie, la pachyméningite fibreuse constitue une conséquence inévitable des grands traumatismes du crâne et des interventions chirurgicales, portant soit sur les os crâniens, soit sur la dure-mère, soit enfin, sur la substance cérébrale elle-même. Bien que, à l'heure actuelle, on tende à admettre que toutes les variétés de pachyméningites peuvent déterminer de la céphalée, cette opinion n'est guère acceptable, si l'on tient compte des faits suivants : 1^o du grand nombre de traumatismes graves de la tête, sans céphalée consécutive ; 2^o du succès d'un nombre considérable de trépanations où forcément on touche à la dure-mère, sans que pour cela le résultat complètement favorable de l'opération soit compromis en quoi que ce soit. Par conséquent, on est forcé de convenir que les pachyméningites localisées post-traumatiques non suppurées ne donnent pas lieu à des céphalées, ou du moins ne les provoquent que tout à fait exceptionnellement.

FORMULAIRE

Dyspepsie nerveuse (alcooliques.)

R. Cinchona rubia fl. ext.....	4 onces
Feuilles de coca fl. ext.....	3 onces
Tr gingembre.....	1 once
Tr capsicum.....	2 drachmes

Sig. 1 c. à thé au besoin.

F. H. HUBBARD.

Antiseptique pour chambre de phtisique.

R. Créosote de hêtre.....	1½ drachme
Alcool à 90°.....	1 once
Chloroforme.....	2 onces
Glycerine neutre.....	½ once
Essence de menthe poivrée.....	15 gouttes

Sur une assiette plate, 3 à 4 cuillerées à soupe, deux fois par jour, pour saturer la pièce par une évaporation à grande surface.

Le chloroforme agit par ses trois molécules de chlore à l'état naissant par doublement et augmente la puissance microbicide de la créosote.

La glycerine tempère l'évaporation dans une forte mesure.

L'essence de menthe poivrée n'est là que pour neutraliser l'odeur de la créosote.

GÉRARD.

Erythème pernio (engelure)

R. Sulfate de quinine.....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{à à 1 grain} \\ \text{à à 15 grain} \\ \text{à à 65 grain} \end{array} \right.$
Ergotine.....	
Poudres de feuilles de digitale.....	
Extrait de belladone.....	

(Pour une pilule—4 par jour, avant les repas).

Prophylaxie.—Interdire l'exposition directe au feu et prescrire l'usage quotidien de bains tièdes dans une décoction de feuilles de noyer, les frictions excitantes avec l'eau alcoolisée, suivies de l'application de la poudre suivante :

Salicylate de bismuth.....	½ once
Amidon.....	3¼ onces

ou d'un badigeonnage avec :

Glycerine pure.....	1 once
Teinture d'iode.....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{à à 15 gouttes} \end{array} \right.$
Teinture d'opium.....	

On peut aussi prescrire la pommade suivante employée en onctions deux ou trois fois par jour :

Graisse de bœuf.....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{à à 1 once} \end{array} \right.$
Graisse de porc.....	
Oxyde noir de fer.....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{à à 1 drachme} \\ \text{4 gouttes.} \end{array} \right.$
Essence de térébenthine.....	
Essence de bergamote.....	

L. BROCO.

Gale.

Cure rapide employée dans les hôpitaux de Paris.

1o Friction générale pendant vingt minutes à l'aide d'une brosse, avec de l'eau chaude et du savon (savon mou de potasse si la peau n'est pas trop irritée).

2o Bain d'une demi-heure dans lequel on continue la friction

3o Friction générale, en insistant sur les lieux d'élection du parasite, avec la pommade d'Helmerich modifiée :

Carbonate de potasse..... 1 once
Soufre..... 2 onces
Axonge..... 10 onces

4o Bain.

HARDY.

Table des mesures impériales avec leur équivalence en mesures métriques. (Parke, Davis).

MESURE IMPÉRIALE.	ÉQUIVALENT APPROXIMATIF.	ÉQUIVALENT EXACT.
1 minime.....	0.06 Centimètre cube	0.059 C. c.
1 drachme fluide	4 C. c	3.550 C. c.
4 drachmes fluides.....	15 C. c.....	14.198 C. c.
1 once fluide	29 C. c.....	28.397 C. c.
4 onces fluides	113 C. c.....	113.586 C. c.
8 onces fluides.....	227 C. c.....	227.173 C. c.
16 onces fluides.....	454 C. c.....	454.345 C. c.
1 pinte (20 onces).....	568 C. c.....	567.932 C. c.
$\frac{1}{8}$ gallon.....	2 $\frac{1}{4}$ Litres.....	2.271729 Litres.
1 gallon	4 $\frac{1}{2}$ Litres	4.543458 Litres.
1 Centimètre cube.....	17 minimes	16.9034 min.
50 C. c.....	1 $\frac{3}{4}$ once fluide.....	1 once 365.17 min.
100 C. c.....	3 $\frac{1}{2}$ onces fluides.....	3 onces 250.34 min.
125 C. c.....	4 $\frac{3}{8}$ " "	4 " 192.925 "
250 C. c.....	8 $\frac{3}{8}$ " "	8 " 385.85 "
500 C. c.....	17 $\frac{1}{2}$ " "	17 " 291.7 "
750 C. c.....	26 $\frac{3}{8}$ " "	26 " 197.55 "
1000 C. c. (1 litre).....	35 " "	35 " 103.4 "

La cicatrisation dit Nicaise, n'est pas la réunion. La cicatrisation, c'est le processus qui conduit à la guérison, soit par première, soit par seconde intention. "La réunion, c'est le moyen employé par le chirurgien, c'est l'opération qu'il fait pour obtenir l'un ou l'autre mode de cicatrisation." Formation du tissu de granulation (tissu inflammatoire, tissu germinatif) constitué "par une multiplication de cellules connectives et par des vaisseaux capillaires nouveaux," s'infiltrant par diapédèse de cellules blanches et de sucs nutritifs (Letulle). L'opinion ancienne, qui rattachait à l'inflammation le processus de cicatrisation par première intention reprend faveur. Pansement aseptique, pansement antiseptique.—On fait la réunion immédiate retardée quand l'opération porte sur des tissus vasculaires (thyroïdectomie) on place les fils au moment de l'opération, on panse antiseptiquement et, le lendemain, on enlève le pansement et on noue les fils.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, NOVEMBRE 1896

BULLETIN MÉDICAL

Le Coli-Bacille.

Ce microbe méconnu a tant fait parler de lui, depuis un an ou deux, que nous croyons intéressant pour nos lecteurs de reproduire l'excellent article que publie le *Correspondant Médical* dans son numéro du 15 août dernier.

Ce microbe est venu à point pour retourner les théories médicales que la microbiologie avait fait naître. Au moment de la découverte des microbes on a pensé que la maladie résultait du microbe pathogène ; introduisez ce dernier dans l'économie, il donnera la maladie. On ne tenait pas compte de l'économie elle-même, de la résistance des organes.

Le coli-bacille vit normalement dans nos intestins ; il devient pathogène si notre organisme s'affaiblit. On rentre ainsi dans l'ancienne notion médicale que ce sont nos organes qui créent la maladie.

Le coli-bacille ressemble beaucoup au bacille typhique avec lequel beaucoup d'expérimentateurs ont voulu l'identifier. Il se cultive avec facilité ; son développement est plus rapide et plus intense que celui du bacille d'Eberth.

Comme ce dernier, il est mobile, mais généralement moins, étant pourvu de cils moins nombreux ; comme lui, il se colore aisément sous l'action des teintures d'aniline et se laisse facilement décolorer par l'alcool ; comme lui, enfin, il offre un polymorphisme étendu et affecte tour à tour soit la forme de bacilles légèrement amincis aux extrémités, uniformément colorés, soit la forme dite en navette, munie d'un espace clair central ; soit, ainsi que dans les cultures jeunes, celle de cocci ovoïdes et de filaments ; soit, ainsi que dans les vieilles cultures, celle de grains arrondis.

Plus vigoureux dans sa pullulation que le bacille d'Eberth, il est également plus résistant aux agents physiques, notamment à la chaleur, et aux agents chimiques, tels que la soude, les acides citrique, phénique, chlorhydrique, sulfurique, nitrique et arsénieux ; il engendre de l'indol, fait fermenter les sucres et notamment la lactose.

A la multiplication du coli-bacille sont liés la formation de substances

odorantes auxquelles les cultures empruntent leur fétidité, le développement de gaz particulièrement abondants dans les milieux sucrés et la production de toxines.

A côté du coli-bacille, il est une série de microbes en différant par quelques caractères ; ce sont de simples variétés d'une même famille.

On distingue cinq types de paracolibacilles ; retenons le premier ou bacille lactique, décrit par Pasteur dès 1857, qui donne sur la gélatine des colonies épaisses blanc jaunâtre et sur la pomme de terre de nombreuses bulles de gaz.

Les coli-bacilles sont extrêmement nombreux dans l'intestin ; Gilbert évalue à 12 ou 15 milliards le nombre de ceux que le chien élimine chaque jour. Le nouveau-né a un intestin aseptique, mais quelques heures après la naissance, le germe pénètre et ne le quittera plus.

On a pensé que le coli-bacille était utile à la digestion. On tend à croire aujourd'hui qu'il se comporte en commensal nuisible, s'emparant à son profit d'une partie de la matière nutritive et élaborant dans le tube digestif comme *in vitro*, outre des gaz et des substances odorantes, dont la présence se révèle dans les fèces, des produits toxiques.

Ces produits deviennent dangereux quand l'épithélium intestinal est desquamé, le foie et les reins altérés ; ils occasionnent alors un empoisonnement urémique avec hypothermie, convulsions, coma.

De plus, le coli-bacille peut, en certaines circonstances, devenir virulent ; il est pyogène, il peut former des abcès. On l'a rencontré dans les angines, dans les abcès de l'aris ; il pourrait donner la diarrhée simple, le choléra nostras, le choléra infantile, la dysenterie nostras.

Par expérimentation aux lapins, certains inoculés avec du coli-bacille virulent meurent rapidement, d'autres survivent, mais ont une convalescence pénible, se cachectisent et présentent parfois des symptômes de myélite.

Le coli bacille complique les fièvres typhoïdes et le choléra ; il peut provoquer la péritonite, l'appendicite et, remontant le canal cholédoque, la pyléphlébite et l'hépatite suppurée. Il provoque les accidents graves de l'étranglement herniaire et de la perforation intestinale ; il peut envahir les organes génitaux, amener la métrite, la salpingite, l'infection puerpérale. Il envahira aussi les voies urinaires spontanément ou introduits par la sonde. Il a été étudié par Clado, puis Hallé, sous le nom de bactérie septique de la vessie ; il aggrave la cystite amenée par la rétention d'urine et peut se propager aux uretères et aux reins. Les paralysies dites urinaires semblent relever d'une action du coli-bacille ou de ses poisons infectant la vessie et se portant sur la moelle épinière ; il peut également se propager à distance : on l'a trouvé dans l'endocardite, la pleurésie, la méningite, l'arthrite, la néphrite, l'hépatite et l'ictère grave.

Nous possédons, dit Gilbert, avec le coli-bacille, un ennemi, caché dans l'organisme, prêt à profiter de ses défaillances. Lorsque l'occasion propice lui fait défaut pendant la vie, à peine s'est-elle éteinte qu'il envahit rapidement les organes et devient ainsi l'un des principaux agents de la décomposition cadavérique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

L'Association Médicale Anglaise date de 1864 ou 1865. C'est une des plus anciennes sociétés médicales d'Europe et certainement l'une des plus considérables et des mieux organisées. La liste de ses membres contient les noms de plusieurs milliers de médecins d'Angleterre et des colonies, ainsi que des divers pays d'Europe et de l'Amérique anglaise. Jusqu'à cette année, les réunions annuelles ont toujours eu lieu dans les principaux centres des Îles Britanniques, et l'Association, en acceptant, au mois d'août dernier, à Carlisle, l'invitation de venir en 1897 dans la métropole du Canada, nous a accordé une faveur enviée depuis longtemps par les Indes et l'Australie. Nous sommes la première colonie anglaise où l'Association accepte de venir siéger, et cela signifie pour nous la visite de 2 à 3,000 médecins distingués, la plupart accompagnés de leur femme. L'on peut être aussi certains que pour l'occasion, un grand nombre de médecins des États-Unis et de la Puissance seront présents, de sorte que ceux qui pourront assister aux assemblées du Congrès, au mois d'août 1897, auront l'occasion de voir et d'entendre les spécialistes les plus en vue dans les différentes branches de la médecine.

L'invitation transmise par Adami et Armstrong, du McGill, a été faite au nom des médecins de toute la Puissance, mais il va sans dire que toute l'organisation repose sur les médecins de Montréal, et sur le président élu, le Dr F. G. Roddick. Ce n'est pas une petite affaire. Le congrès comprend douze sections et trois sous-sections, qui chacune doivent avoir leur salle de délibérations. Il faut en outre organiser les moyens de transport par les bateaux et les chemins de fer, fixer le taux du séjour dans les hôtels, définir le programme des amusements et des fêtes, établir la liste des officiers, faire imprimer les circulaires, les notices bibliographiques, historiques, etc. L'organisation entière de ce vaste congrès a été confiée à quinze comités composés de médecins canadiens, français et anglais. Les deux principaux sont le comité de réception, présidé par T. G. Roddick, et le comité des finances, présidé par E. P. Lachapelle. Les présidents, vice-présidents et secrétaires des différents comités ont été choisis en grande partie parmi les professeurs de McGill et de Laval et parmi les médecins des quatre hôpitaux de la ville. Les secrétaires généraux sont les Drs Adami (pour l'Angleterre, l'Allemagne et les États-Unis), Springie (pour le Dominion), et Benoit (pour la France et la province de Québec).

Les comités ont déjà commencé leur travail et se réunissent régulièrement une fois par semaine pour faire rapport. La branche de Montréal de l'Association Anglaise a loué des bureaux où se fera la correspondance sur la rue Ste.

Catherine ouest ; ils seront ouverts dans quelques jours, et les médecins pourront y obtenir tous les renseignements voulus.

Le programme, naturellement, n'est pas encore déterminé. Nous dirons dès maintenant qu'en outre des discours prononcés dans les différentes sections sur des sujets spéciaux, il y aura deux ou trois assemblées générales où des médecins très en vue feront les honneurs du programme. On parle d'Osler, de Philadelphie, comme devant être chargé du discours sur la médecine générale, et de Brouardel, de Paris, comme devant faire le discours sur l'hygiène publique. Ce discours, s'il a lieu, sera prononcé en français. Nous espérons, d'ailleurs, que nombre de nos amis de France profiteront de l'occasion pour venir visiter leurs cousins d'Amérique.

On comprend facilement l'importance que cette réunion de l'Association Médicale Anglaise doit avoir pour nous. C'est notre réputation qui est en jeu. Tous ces savants étrangers, rendus ici, pourront juger d'un coup d'œil de notre force comme nation et de notre habileté comme médecins. Ils visiteront nos hôpitaux, nos musées, nos universités, ils seront pendant plusieurs jours en rapport quotidien avec les membres de la profession canadienne, et il faut absolument, pour notre honneur national, qu'ils s'en retournent chez eux avec l'impression qu'ils ont connu un peuple jeune, actif, éclairé, travaillant avec ardeur vers un but commun, ayant les mêmes idées et les mêmes sentiments, malgré la diversité de race et de caractère. Surtout prouvons bien à nos amis d'Europe, d'où qu'ils viennent, que Montréal est la métropole du Canada, la ville des organisations vastes et des grandes entreprises, qu'elle est heureuse et fière d'offrir une cordiale hospitalité à un congrès européen.

Le gouvernement fédéral a bien compris la portée de ce congrès, car il a accordé \$5,000 pour aider aux frais de réception. Le gouvernement de Québec doit en faire autant, et certainement les messieurs de l'Hôtel-de-Ville ne resteront pas en arrière. D'ailleurs, l'organisation est entre bonnes mains, et si tout le monde y prête son concours, elle devra forcément réussir. Nous engageons chaleureusement nos abonnés à se faire recevoir, au moins pour 1897, membres de la branche de Montréal de l'Association Médicale Anglaise, ce qui leur permettra d'assister aux délibérations du congrès et de recevoir le journal de l'Association, qui publie durant l'année à part d'un grand nombre de travaux originaux, le compte rendu complet de chaque réunion.

LA LICENCE INTERPROVINCIALE

L'Union Médicale ne s'est pas gênée pour exposer les fautes du Bureau des Gouverneurs. D'un autre côté, elle tient à être juste dans ses appréciations. Voilà pourquoi elle est heureuse de publier le rapport du comité de licence interprovinciale. Nous aurons occasion d'en parler dans des articles subséquents.

Extrait des minutes de l'assemblée du Bureau Provincial de Médecine, à Québec, dans les Salles de l'École de Médecine de l'Université Laval, le 30 Septembre 1896.

Lu et adopté le rapport suivant de réciprocité interprovinciale.

Montréal, 30 Sept. 1896.

A Monsieur le Président,

Messieurs les Membres

du Bureau Médical de la Province de Québec.

Nous avons l'honneur de vous transmettre ci-joint le rapport du comité de Réciprocité interprovinciale de licence de pratique tel que l'a adopté unanimement l'Association Médicale du Canada, le 28 août dernier.

Notre comité a l'honneur de faire rapport qu'après avoir pris connaissance de la législation des diverses provinces du Dominion, en vue d'obtenir des concessions mutuelles, uniformité d'admission à l'étude, d'enseignement et d'examen, il croit devoir recommander les conclusions suivantes :

ADMISSION A L'ÉTUDE

L'examen d'admission à l'étude comprendra :

- 1° L'anglais, grammaire, composition et style dicté.
- 2° L'arithmétique comprenant les fractions simples et décimales, et l'extraction des racines carrées.
- 3° L'algèbre jusqu'à la fin des équations simples.
- 4° La géométrie Euclide liv. 1, 2, 3, déduction simple.
- 5° La grammaire latine, traduction d'auteurs choisis et indiqués d'avance.
- 6° La mécanique élémentaire comprenant les éléments de statique, dynamique, d'hydraulique, et la chimie élémentaire.
- 7° Histoire d'Angleterre et du Canada, et des questions de géographie moderne.

8° L'un des trois sujets suivants : le français, l'anglais, l'allemand, de la même manière que pour le latin.

Le minimum des points requis sera de 50 par 100—75 points seront notés "avec honneur."

Les porteurs des diplômes de bacheliers ès-arts, ou ès-sciences, ou ès-lettres des universités du Canada auront droit au brevet, sans examen, mais non les licenciés ès-arts.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le cours d'études médicales commencera après l'obtention du certificat d'admission.

Il comprendra quatre sessions de pas moins de huit mois d'assiduité actuelle consacrées à un enseignement gradué des branches régulières suivantes : anatomie, physiologie, chimie, matière médicale, thérapeutique, anatomie pratique, pharmacie pratique, chirurgie et clinique chirurgicale, médecine et clinique médicale y compris les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez,

maladies mentales, obstétrique, maladies des femmes et des enfants, jurisprudence médicale, toxicologie, hygiène, pathologie générale et bactériologie.

Qu'au moins 24 mois divisés en trois sessions de huit mois chacune, à partir de la seconde année d'étude, soient consacrés à la pratique hospitalière.

Le candidat devra fournir des preuves de sa présence à pas moins de six cas d'accouchement.

EXAMEN DE MÉDECINE

Tous les candidats à la licence interprovinciale après avoir rempli le programme ci-haut donné devront subir leurs examens devant les examinateurs nommés par les bureaux locaux dans Ontario, soit par voie d'assesseurs dans la province de Québec, soit par délégation de pouvoirs à un bureau public (Corporation de l'Université de Manitoba) comme à Manitoba.

Chaque examen comprendra toutes les matières d'études professionnelles ; il sera oral ou écrit, et 50/100 des points seront requis pour un examen satisfaisant.

Le comité fait ces résolutions simplement comme suggestions à soumettre à la considération des bureaux des diverses provinces, comme base d'entente mutuelle, afin que chaque conseil provincial puisse faire rapport à la prochaine assemblée de l'association, et il les prie d'envoyer un ou deux délégués pour les représenter à la prochaine réunion. Afin de permettre aux bureaux provinciaux de considérer la question en pleine connaissance de cause, le comité recommande à chaque régistrateur d'envoyer à chacun des membres de chaque bureau provincial copie des règles et règlements du bureau qu'il représente.

Ce rapport est signé par Messieurs les Docteurs :

R. A. PYNE,	Représentant Officiel d'Ontario.
R. S. THORNTON,	" " du Manitoba.
THOS. WALKER,	" " du Nouveau-Brunswick.
J. M. BEAUSOLEIL,	" " de la Province de Québec.
EDOUARD FARRELL,	" " de l'Île du Prince-Edouard.

Ces résolutions sont le minimum exigible, mais n'affectent en rien la législation plus parfaite des provinces plus avancées. Il eût été plus difficile, ou même impossible d'obtenir davantage des provinces moins favorisées que la nôtre.

Votre Comité croit devoir vous prier d'adopter ce premier projet, et d'autoriser les officiers du bureau à signer un traité préliminaire avec les bureaux provinciaux du Dominion, et avec celui de l'Île du Prince-Edouard, afin de pouvoir donner une licence spéciale conférant au titulaire le droit d'exercer sa profession dans toute l'étendue de l'Amérique Britannique du Nord.

C'est, croyons-nous, le meilleur moyen de procurer à notre jeunesse studieuse des voies d'expansion, et d'assurer aux groupes français et anglais de ce pays des médecins de leur nationalité.

Dr D. MARCIL.
 Dr A. T. BROUSSEAU,
 Dr J. M. BEAUSOLEIL,
 Dr E. E. LAURENT,
 Dr C. S. Parke.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Le Dr Roux devait publier deux observations de tétanos, dont un cas traité par des injections de sérum antitétanique. Malheureusement il n'a pas pu compléter ses notes pour la présente livraison.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr Derome, interne en chef.

Après trois mois de silence, je reprends enfin mon courrier d'hôpital et sans chercher à m'excuser, crainte d'inventer, je me mettrai de suite aux faits, apportant tout de même pour me disculper la préparation du rapport médical annuel de l'hôpital et quelques jours de vacances, deux petites semaines.

Durant l'été, dans le domaine de la chirurgie, les fractures les plus variées quant au siège et aux complications ont été notre principale occupation. Bon nombre de luxations variées aussi, sont venues ajouter à l'intérêt du service chirurgical. La petite chirurgie a été chose courante, le port apportant toujours un bon contingent d'ouvrage.

Un patient des salles, souffrant d'une fracture de la colonne vertébrale au niveau de la troisième dorsale, meurt quelques heures après son arrivée sans avoir présenté aucun symptôme de paralysie du côté des quatre membres et de la vessie. Les muscles de la respiration seuls étaient arrêtés. Par la respiration diaphragmatique qui seule se faisait, notre chirurgien en chef malgré les données contradictoires que présente le moribond, diagnostiqua une fracture de la colonne vertébrale et une rupture du poumon droit, constatées à l'autopsie.

Au mois de juin dernier, je rapportais au long un cas de fracture du crâne complètement rétabli après trépanation. J'espérais en avoir un second, mais la terminaison, en fut fatale. L'individu en question s'était fait en tombant une fracture exposée du pariétal gauche avec enfoncement très considérable. La fracture s'était prolongée par rayonnement jusqu'à la base et avait ouvert le sinus du même côté. Les esquilles une fois enlevées, la compression cessa, il survint une légère amélioration, mais la victime retomba bientôt dans le coma et mourut durant la nuit d'hémorragie cérébrale.

Ces jours derniers une fillette de trois ans, née de parents tuberculeux, se présente au dispensaire de chirurgie avec une collection purulente recouvrant le tiers inférieur du sternum. Une incision met à découvert une enveloppe très friable qui se brise à la moindre tentative d'extirpation et laisse échapper un pus peu louable. Par fragments cette membrane se laisse assez facilement détacher jusqu'à un point d'insertion situé au tiers moyen du sternum. Une plus ample exploration fait voir un prolongement cloisonné de l'abcès en arrière du sternum dans le médiastin. L'ouverture dans le sternum est agrandie afin de permettre le curettage. Trois sacs sont alors vidés et après lavage, tamponnés à la gaze iodoformée. L'enfant soumise à un traitement reconstituant laisse entrevoir une guérison.

Voilà pour la chirurgie et je passe maintenant à la gynécologie. Ce service, sans présenter un surcroît d'ouvrage, n'a pas manqué de cas intéressants. Entre-autres, un cas de kyste de l'ovaire accompagné de fibrôme chez une primipare bien affaiblie par un accouchement laborieux remontant à une date très récente. Le succès opératoire sous des circonstances aussi défavorables n'en a pas été moins complet.

Plusieurs hystérectomies vaginales ont été faites, dont une, pour fibrome développé au dépens de la paroi postérieure de l'utérus, présente des difficultés opératoires à cause des adhérences postérieures très marquées.

Les curettages, les colporrhaphies, les périnéorrhaphies et les hystéropexies, à part quelques exceptions, n'ont présenté rien de bien particulier. Une méthode opératoire personnelle au Docteur Brennan, notre gynécologue, pour la ventro-fixation de l'utérus, mériterait une mention spéciale, mais je laisse à l'auteur la tâche de décrire lui-même son procédé opératoire qu'il doit prochainement livrer à la publicité.

Le service de médecine a été de l'avant. Le Dr Hébert, médecin de service a été le premier à emboîter le pas après Widal en Europe, pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Le Dr Johnson, après avoir pris connaissance de la technique de la méthode, a fourni au Dr Hébert du bouillon de culture pour ses expériences, et a lui-même, de son côté, commencé des recherches pour le Conseil d'Hygiène de la Province.

J'ai aussi omis de mentionner, en chirurgie, un cas de goître kystique que nous avons eu quelque temps sous observation, et sur lequel la thyroïdectomie par énucléation a été pratiquée avec succès par le Dr Mercier.

Le traitement des érythèmes post-sérothérapiques ne donne pas lieu à des indications bien formelles, car leur disparition spontanée et rapide est la règle cependant, si le cortège des symptômes généraux qui les accompagne devient accentué, il conviendra de mettre les malades au régime lacté et de soutenir l'état général par des toniques. Contre les arthropathies, Ramnicio a préconisé l'emploi du salicylate de soude; mais un simple traitement local consistant en onctions avec une pommade à l'ichthyol et dans l'enveloppement ouaté, réussit dans la plupart des cas à calmer les douleurs. Si cependant elles sont très intenses, on pourra recourir à une faible dose de morphine, si l'âge de l'enfant ne constitue pas une contre-indication à l'emploi de ce médicament. Mais, dans l'immense majorité des cas, les manifestations cutanées et articulaires, étant très modérées, ne nécessitent pas un traitement actif.

La formaline est aujourd'hui regardée comme le meilleur désinfectant que nous ayons. Un médecin allemand, Nils Englund, a trouvé que les deux meilleurs procédés pour désinfecter les chambres et les vêtements sont les suivants. 1o Vaporisation. On vaporise complètement les murs et les meubles avec une solution de formaline à 2 pour cent, puis la chambre est maintenue fermée pour 24 heures; 60 à 70 c.c. suffisent pour chaque mètre carré. 2o Evaporation. Les vêtements sont saturés avec une pinte de la solution de formaline dans laquelle on a dissout $\frac{1}{2}$ livre de chlorure de chaux. On pend les vêtements dans la chambre, qui reste fermée 24 heures. Le procédé donne d'excellents résultats pour les fourrures et les livres. Il faut, quand on manie la formaline, porter des lunettes et des gants et se couvrir le nez et la bouche de ouate.

NAISSANCE

ALLAIRE.—A St-Alexis des Monts, le 17 octobre dernier, la dame du Dr Adolphe Allaire, un fils.

DÉCÈS

A Rochester, N.-Y., le 14 oct. dernier, à l'âge de 24 ans, Maud Warfield, épouse de Arthur Cormier, M. D.