

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.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>L'application de l'entomologie à la médecine légale</i> , par les professeurs WYATT JOHNSON et GEORGE VILLENEUVE, de Montréal.....	577
ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. Montréal 1897.	
DISCOURS PUBLICS.	
<i>Le Canada : son organisation et ses ressources médicales</i> , par T. G. ROD- DICK, M. D., président de l'Association Médicale Britannique.....	589
<i>La médecine anglaise dans la Nouvelle Angleterre</i> , par WILLIAM OSLER, professeur de médecine à l'Université John Hopkins, Baltimore...	595
<i>L'ancien chirurgien pendant la guerre</i> , par W. MITCHELL BANKS, Chirur- gien de l'Infirmierie Royale de Liverpool et professeur d'anatomie au Collège Universitaire de cette ville.....	600
<i>L'hygiène publique à New-York</i> , par HERMANN M. BIGGS, directeur des laboratoires bactériologiques du Bureau d'Hygiène de la ville de New-York.....	606
TRAVAUX DES SECTIONS.—MÉDECINE	
<i>Influences qui ont déterminé le progrès de la médecine durant ces deux derniers siècles et demi</i> (STEPHEN MACKENZIE).....	611
<i>L'arthrite déformante et ses relations avec la phtisie, le rhumatisme et les maladies de la moelle épinière</i>	612
<i>Formes et traitement de l'insomnie</i>	612
<i>Traitement diététique du diabète</i>	613
<i>Atonie du rectum.—Le microbe de la coqueluche</i>	614
<i>Disparition des souffles endocardiques</i>	614
<i>La lithiase biliaire</i>	615
CHIRURGIE.	
<i>L'enseignement de la chirurgie</i> (CHRISTOPHER HEATH).....	616
<i>L'appendicite</i>	617

(Voir la suite, page 3.)

“ Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique
Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETS.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences
ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute pro-
portion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le
traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, **La Listerine** occupe une place impor-
tante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses
effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruptions acides et de fermen-
tations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas,
employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un
soilagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète,
Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux
Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par **W. LLOYD WOOD**, Agent.
En écrivant mentionnez ce journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,
MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthérique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur.....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

	PAGES
<i>L'opération de Kraske dans le cancer du rectum</i>	617
<i>La scoliose</i>	618
<i>Réséction de l'intestin</i>	618
<i>Chirurgie des voies biliaires</i>	618
<i>Les calculs de l'uretère</i>	619
<i>Ligature des carotides</i>	619
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.	
<i>Les blessures de l'accouchement ; celles d'autrefois et celles d'aujourd'hui</i> (W. JAPP SINCLAIR).....	620
<i>Les vomissements de la grossesse</i>	622
<i>Diagnostic des maladies pelviennes tuberculeuses</i>	623
HYGIÈNE.	
<i>Les règlements municipaux concernant la coqueluche, la rougeole, la tuber- culose et la lèpre</i>	625
<i>De l'utilité des quarantaines</i>	626
<i>Disposition des matières d'égouts</i>	628
<i>Filtration mécanique de l'eau</i>	628
<i>L'isolement dans la diphtérie</i>	628
<i>Désinfection des chambres par la formaline</i>	629
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.	
<i>Les idées passées et présentes sur l'action des médicaments (LEECH)</i>	630
<i>Le traitement de l'insomnie</i>	631
<i>Le traitement de la syphilis</i>	632
<i>Les diurétiques</i>	633
<i>Le sérum antidiphtérique</i>	634
PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE.	
<i>Les progrès des recherches bactériologiques et leurs résultats (WATSON CHEYNE)</i>	635
<i>Hématomyélopore.—La maladie des bestiaux de Pictou</i>	637
<i>Le bacille tuberculeux dans le lait</i>	637
<i>La pleuro-pneumonie des bestiaux.—Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.</i>	638
OPHTHALMOLOGIE, (JÉHIN PRUME).	
<i>Résumé des discours</i>	639
<i>Les Indiens sont-ils susceptibles d'avoir le trachôme ?</i>	640

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL.**

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés. - - - - - **Discount de 5% au comptant.**

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries GaiFFE (de Paris);
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)
Dubois, etc.

La plus soignée et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine
de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les signatures

Ch. Perdriel *Ch. Perdriel*

Veuillez les exiger pour éviter les accidents

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

DÉBILITÉ, ANÉMIE MALADIES de L'ENFANCE

sont combattues avec succès

PAR LA

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce sirop, à base d'algues marines remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action prompte et certaine

La plus ancienne,

La seule admise dans les hôpitaux civils

Exiger la couleur rouge

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

GOUTTE, GRAVELLE RHUMATISMES

sont guéris par les

SELS GRANULÉS

Effervescents

DE LITHINE

de Ch. LE PERDRIEL

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

Cachets Azymes Souples

S. CHAPIREAU

EXPOSITION UNIVERSELLE 1889
Mention honorable



MARQUE DÉPOSÉE

V^o JABLONSKI
né CHAPIREAU
14, rue de la Perle, 14
PARIS



BLANCHEUR, SOUPLESSE, ÉLÉGANCE

Les Cachets S. Chapireau contiennent trois fois plus de poudre que tous les autres cachets de même diamètre. — Ces cachets sont timbrés au nom ou à la marque du pharmacien.

ILS SONT FAITS EN TOUTE COULEUR

L'Appareil S. CHAPIREAU est le plus simple, le plus pratique, le plus expéditif

Appareil n° 1 : 25 fr. — n° 2 : 15 fr. — n° 3 : 9 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'APPLICATION DE L'ENTOMOLOGIE A LA MÉDECINE LÉGALE. (1)

Par les professeurs WYATT JOHNSTON (2), et GEORGE VILLENEUVE (3), de Montreal.

Les remarquables résultats des études de Mégnin (4) sur la faune d cadavres a fait entrer l'entomologie dans la pratique usuelle de la médecine légale, nul expert ne peut maintenant l'ignorer. Il est possible maintenant de reconnaître depuis combien de temps un cadavre a été exposé et de fixer approximativement la date du décès, en étudiant la faune animale qui s'est développée dans ce cadavre. C'est a Mégnin seul que revient l'honneur d'avoir écrit ce chapitre spécial de la médecine légale et d'avoir ouvert cette nouvelle source de preuve médico-légale, quoique Bergeret (5) avant lui eut tenté de tirer quelques applications pratiques de l'entomologie basées sur les connaissances incomplètes et les fausses notions qui avaient cours de son temps. La publication de la Faune des cadavres de Mégnin a contribué beaucoup à vulgariser le sujet, quoique la division des différentes phases de la putréfaction en huit périodes, au lieu de la division plus simple en quatre périodes, soit plus compliquée et plus difficile à comprendre.

Depuis 1878, Brouardel (6) et ses collègues, à la morgue de Paris, ont eu recours aux bons offices de M. Mégnin, pour une quinzaine de fois au moins, et mis ses connaissances à contribution. Les résultats obtenus ont donné la plus entière satisfaction. Il est arrivé très souvent que l'exactitude de ses conclusions, tirées seulement de l'examen de quelques débris humains et de quelques insectes, a été vérifiée par les développements subséquents de l'affaire. Quelquefois le mystère qui entourait la trouvaille, n'a jamais été éclairci, mais il n'est pas arrivé une seule fois que les résultats de l'enquête aient prouvé que les conclusions de Mégnin fussent erronées.

M. Brouardel (7) rapporte le fait suivant qui tient absolument du merveilleux. Il fut nommé pour examiner le cadavre d'un enfant de huit ans, trouvé dans une caisse à savon; le corps était momifié. On lui demandait de spécifier l'époque à laquelle remontait la mort. M. Brouardel se fit adjoindre M. Mégnin.

(1) Lu devant l'Association Médicale du Canada, août 1896, et publié en anglais dans le Montreal Medical Journal, livraison du mois d'août 1897.

(2) Université McGill (3) Université Laval.

(4) Mégnin (P), La faune des cadavres, Paris 1894, Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 20 juillet 1893; La faune des tombeaux 1887.

(5) Annales d'Hygiène publique et de Méd. légale, 1855, tome iv., p. 404.

(6) La mort subite, 1894, p. 99; L'infanticide, 1896, p. 141

(7) L'infanticide page 143.

Celui-ci, après avoir étudié la succession des mouches et des larves dont on retrouvait les débris, a affirmé que l'enfant avait été mis dans la caisse à une époque où les mouches n'avaient pas encore commencé leur évolution, c'est-à-dire dans la dernière quinzaine de février, et que, depuis ce moment, il s'était passé deux hivers et un été. La mère, qui était inculpée, était atteinte de phthisie pulmonaire; se sentant mourir, elle avoua qu'elle avait mis l'enfant dans la boîte le 23 février de l'année précédente.

Cependant, ces résultats brillants ne sont pas sans dangers. Des imitateurs de Mégnin pourraient se livrer à des déductions spéculatives, ne reposant pas sur des connaissances solides, car seul un entomologiste de premier ordre peut mener ces expertises à bonne fin. Ou bien on pourrait être tenté d'employer les données de Mégnin dans des pays ou sous des climats où elles ne pourraient recevoir leur application. Nous avons donc pensé qu'avant de tirer des études de Mégnin des déductions applicables au Canada, il serait utile de faire quelques observations comparatives, afin de rechercher jusqu'à quel point les données recueillies sur la faune des cadavres, en France, pourraient s'appliquer au Canada.

Il est vraiment regrettable, dans l'intérêt de la science, que M. Mégnin n'ait pas donné, en même temps que les principes généraux de l'entomologie et les applications médico-légales qu'il en a faites, les nombreuses observations d'où il a tiré ces déductions. Nous pourrions ainsi nous rendre un compte plus exact des degrés dans les variations des dates d'apparition, qu'il a rencontrés dans des expériences faites sous des conditions déterminées. Pour plus de commodité, nous avons arrangé, sous forme de tableau, l'époque d'apparition que M. Mégnin assigne, dans les travaux que nous avons mentionnés, aux différentes espèces entomologiques qui envahissent le cadavre; quoique, naturellement, il faille accorder une certaine latitude pour les variations qui peuvent se présenter. Nous ne désirons pas attribuer à M. Mégnin, personnellement, la responsabilité de ce tableau.

L'application de l'entomologie à la médecine légale repose sur ce principe que les produits des différentes périodes de la putréfaction attirent certaines espèces de faune et en repoussent d'autres.

Les différentes périodes qui correspondent à chaque espèce peuvent être résumées de la façon suivante ainsi que le démontre le tableau. Lorsque le cadavre est encore à l'état frais, il attire les larves des diptères (*Musca*, *Curtonevra* et *Calliphora*). Lorsque la putréfaction commence à se faire sentir, arrivent les mouches à viande *Lucilia* et *Sarcophaga*. Un peu plus tard, à la période de formation des acides gras, le cadavre est envahi par des Coléoptères du genre *Dermestes* et des Lépidoptères du genre *Aglossa* (nous n'avons jamais rencontré cette dernière espèce dans nos observations canadiennes, quoiqu'elle paraisse être très commune en France). Peu après, il se développe une véritable fermentation caséique qui appelle la *Pyophila* des Diptères et la *Necrobilia* des Coleoptères. Arrive ensuite la période de fermentation ammoniacale composite, sous l'influence de laquelle se produit une liquéfaction noirâtre des matières animales et dont les émanations attirent une série de travailleurs appar-

tenant aux Coléoptères (*Necrophorus*, *Silpha*, *Hister* et *Saprinus*), ainsi qu'aux Diptères (*Ophyra*, *Thyreophora*, *Phora* et *Lonchea*). La période suivante est celle où les tissus subissent de la momification et sont envahis par les Acariens, dont les débris et les excréments se déposent sous forme de poussière. Subséquentement, à mesure que les tissus se dessèchent, apparaît une seconde génération d'*Aglossa* avec aussi le *Dermestes Tineola* et les Coléoptères *Attagenus* et *Anthrenus*. Finalement, quand il ne reste plus du cadavre que les téguments desséchés, deux formes de coléoptères apparaissent pour les ronger, ce sont le *Tenebrio* et le *Ptinus*.

Dans le cas de cadavres inhumés, la faune est beaucoup moins variée, elle consisterait simplement dans le *Phora* et l'*Ophyra* des Diptères et le *Philonthus* et le *Rhizophagus* des Coléoptères avec ceux des Diptères qui ont pu envahir le cadavre avant son inhumation.

FAUNE DES CADAVRES EXPOSÉS A L'AIR (1) (COMPILÉ D'APRÈS MÉGNIN)

PERIODES	ETAT DU CADAVRE	DURÉE MINIMA	ESPÈCES
Première période	Cadavres frais	Premiers trois mois	(D) <i>Musca</i> * <i>Cyrtoneura</i> * <i>Calliphora</i> *
Deuxième période	Commencement de la putréfaction		(D) <i>Lucilia</i> * <i>Sarcophaga</i> *
Troisième période	Acides gras	3 mois à 4 mois	(L) <i>Dermestes</i> * <i>Aglossa</i> <i>Pyophila</i> *
Quatrième période	Fermentation caséique		<i>Anthomya</i> (C) <i>Necrobia</i> (<i>Coryntes</i>)
Cinquième période	Fermentation ammoniacale	De 4 mois à 8 mois	(D) <i>Thyreophora</i> <i>Ophira</i> * <i>Lonchea</i> , <i>Phora</i> (C) <i>Necrophorus</i> <i>Silpha</i> * <i>Hister</i> * <i>Saprinus</i> *
Sixième période	Dessiccation		De 6 mois à 12 mois
Septième période	Dessiccation extrême	1 an à 3 ans	(L) <i>Aglossa</i> <i>tineola</i> <i>Attagenus</i> <i>Anthrenus</i>
Huitième période	Débris	Plus de 3 ans	(C) <i>Tenebrio</i> <i>Ptinus</i>

(1) (D) Diptère, (C) Coléoptère, (L) Lépidoptère, (A) Acariens, (T) Thysanura.

FAUNE DES CADAVRES INHUMÉS

AVANT L'INHUMATION	{	(D) Calliphora, * Cyroncra
APRÈS L'INHUMATION		(D) Orphyra, * Phora
		(C) Philontes * Rhizophagus
		(T) Achorutes, Templetonia

Nous avons marqué du signe (*) les genres que nous avons rencontrés dans nos observations.

La liste suivante, qui renferme toutes les espèces mentionnées par Mégnin, nous a été fournie gracieusement par M. F. H. Chittendene, du bureau d'entomologie de Washington. Les espèces trouvées par nous et qui n'apparaissent pas dans la liste de Mégnin, sont placées entre guillemets []. Celles qui sont précédées de la lettre A appartiennent à l'Amérique du Nord ; de la lettre à l'Europe, la lettre C indique que les espèces qu'elle précède sont cosmopolites et sont communes à l'Amérique du Nord.

DIPTERA.—C *Musca domestica*, *Musca carnaria* = E *Sarcophaga carnaria*, C *Cyrtoneura stabularis*, C *Calliphora vomitoria*, C [*C. erythrocephala*], C *Lucia caesar*, E *Sarcophaga carnaria*, E *S. arvensis*, E *S. latricrus*, C *Prophila caei*, C *P. petasionis*, E *Anthomyia vicina* (espèces inconnues), E *Thyreophora cygnopha*, E *T. furcata*, E *T. anthropophaga*, C *Ophyra leucostoma*, E *O. calarena*, *Pyrellia cadaverina*, E *Loweia nigripes*, C *Phora aterrima*.

COLEOPTERA.—C *Dermestes lardarius*, C *D. frischii*, C *D. undulatus*, C *Necrobia* = *Ernatus ruficollis*, C *U. caeruleus*, = *violaceus*, C *Necrophora (fossor)*, *interruptus*, C *N. humator*, C [*Silpha littoralis*] = *Asbolus littoralis*, C *S. obscura*, A [*S. noviboracensis*]. C *Hister cadaverinus*, A *H. foveatus*, C *Saprinus rotundus*, A [*S. assimilis*], C *ottagenus pellio*, C *Anthrenus muscorum*, C *Tenebrio molitor*, C *T. obscurus*, C *Ptilinus brunneus*, C *Philonthus ebeninus*, C [*P. politus*], C *Rhizophagus parallelocollis*, C [*Omosita colon*, A *Trox unistriatus*].

LEPIDOPTERA.—E *Aglossa pingvinalis*, C *A. euprealis*, C *Tineola biselida*, C *T. pellionella*.

ACARI.—E *Uropoda nummularia*, E *Trachynotus cadaverinus*, C *Tyroglyphus spinipes*, *T. siro*, C *T. longior*, E *Glyciphagus spinipes*, E *G. cursor*, E *Serrator amphibius*, E *S. necrophagus*.

THYSANURA.—E *Achorutes armatus*, E *Templetonia nitida*.

Il est intéressant de constater par ce tableau le nombre restreint d'espèces de l'ordre diptère, coléoptère, acarien et lépidoptère que l'on rencontre en France; en pratique, l'identification devient donc relativement facile.

Il faut avoir bien présent à l'esprit que les observations de Mégnin n'ont été prises que sur des cadavres humains. C'est un fait digne de remarque que de constater l'absence dans ce tableau de certaines espèces qui s'attaquent à la chair des animaux, des oiseaux et des reptiles. soit qu'ils n'apparaissent pas dans la liste de Mégnin, soient qu'ils ne s'attaquent au cadavre humain que longtemps après la dernière escouade mentionnée par l'éminent entomologiste. Les insectes nécrophores, par exemple, qui s'attaquent au gibier, après quelques jours

d'exposition, n'envahissent le cadavre humain qu'après plusieurs mois. De sorte que, à notre idée, les opinions basées sur des expériences faites sur la chair des animaux, des chevaux par exemple, mises en contradiction avec celles de M. Mégnin, ont peu de valeur pratique ; ce qu'il faut plutôt ce sont des expériences faites sur des restes humains, d'après des dates précises et sous conditions météorologiques notées avec soin. C'est dans cette idée que nous avons fait certaines observations dont nous parlerons bientôt, et d'autres qui ne sont pas encore terminées.

Nous avons commencé nos études il y a 2 ans. Aucune observation que nous sachions n'a encore été publiée, sur ce sujet, aux Etats-Unis, ou au Canada,

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*.)

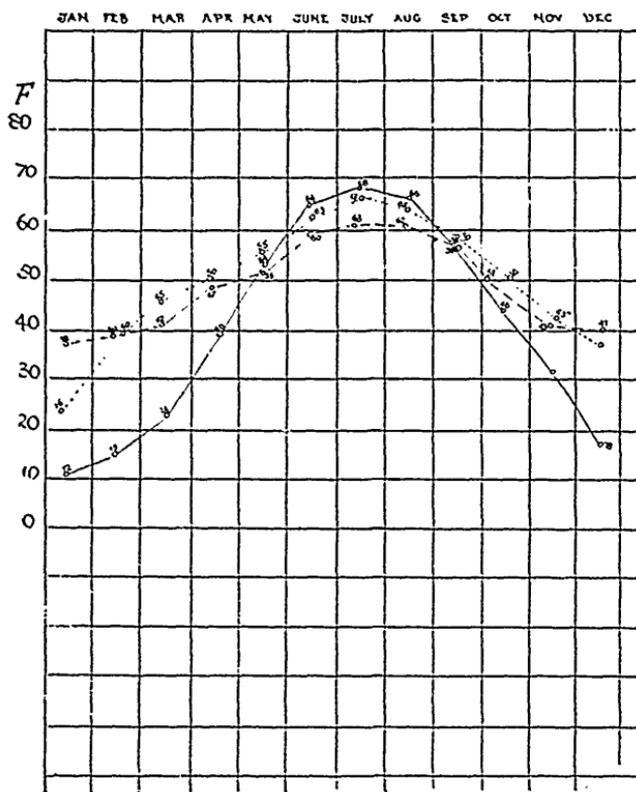


FIG. 1.—Moyenne mensuelle de la température de l'air à Montréal—, Paris et Greenwich -----

N. B.—L'échelle de ces cartes n'est pas absolument exacte.

de sorte que nous n'avons aucune indication directe sur la valeur des dates d'apparition et de succession des espèces mentionnées par Mégnin, par rapport au climat du Canada. Il existe beaucoup plus de renseignement quant à la fréquence relative de la présence des divers espèces et genres européens, américains et cosmopolites, mais ils sont consignés dans des rapports et des livres qui ne sont pas d'un accès facile.

Afin de comparer les résultats sous les différents climats, nous avons recherché quelle était la température moyenne du sol et de l'air de Montréal, Greenwich et Paris. (Les observations parisiennes ont été prises à une profondeur un peu différente de celle des autres).

La différence de la température en été est beaucoup moins considérable qu'on ne pourrait le croire; cela pourrait expliquer la concordance générale de nos résultats avec ceux de Mégnin. Les particularités du climat du Canada sont un hiver long et froid, pendant lequel la terre est couverte d'une épaisse

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*)

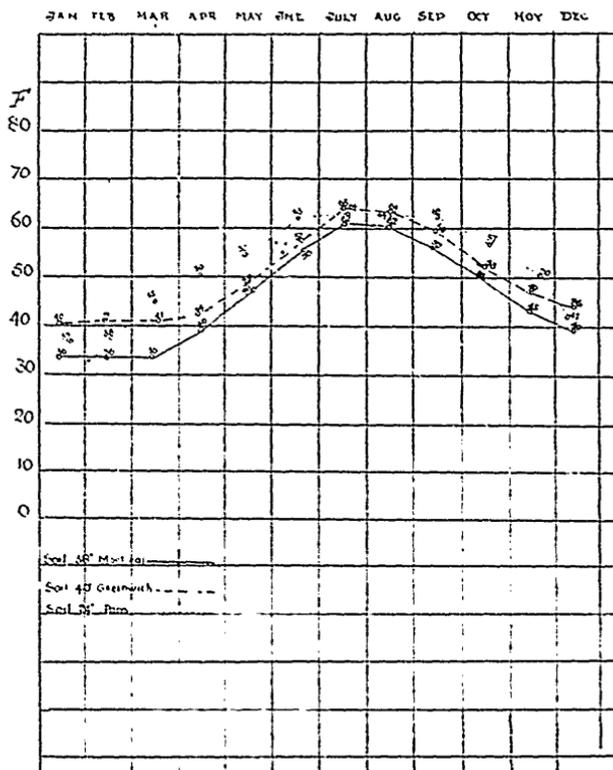


FIG. 11.—Moyenne mensuelle de la température du sol à Montréal (40 pouces—, Paris (24 pouces), et Greenwich (38 pouces) -----

couche de neige qui empêche la gelée de pénétrer à une grande profondeur, suivi d'un été généralement très chaud. L'intervalle entre l'hiver et l'été est relativement court. Les arbres se couvrent de feuilles à peine un mois après la fonte des neiges, et pendant les jours chauds, il n'est pas rare de voir le thermomètre se maintenir entre 80° 95° Fahr. (le 27° à 32° C). Ainsi la température de la surface du sol de Montréal est plus élevée que celle de Greenwich et apparemment bien près de celle de Paris. La proportion des jours de plein soleil, ce qui est une excellente indication de la chaleur du sol, entre le 1er avril

et le 30 septembre, est de 65 à Montréal et de 53 à Paris. La température moyenne de l'été est un peu plus élevée à Montréal qu'à Paris. La proportion de l'humidité, en été, est de 72 à Montréal et de 71 à Paris.

La faune que nous avons étudiée provient des environs de Montréal.

MOIS	TEMPÉRATURE DE L'AIR ° FARRH. MOYENNES MENSUELLES			TEMPÉRATURE DU SOL ° FARRHENHEIT MOYENNES MENSUELLES					
	Montreal	Paris	Green- wich	Montréal à 40 pouces	Paris à 40 pouces	Green- wich à 38 pouces	Mont- real à 1 pouce	Paris à 2 pouces	Green- wich à 1 pouce
Janvier	12	26	38	36	37	40	28	35	36
Février	15	40	39	36	38	41	30	36	40
Mars	24	45	42	36	45	41	32	46	39
Avril	40	30	47	40	50	44	54	52	45
Mai	54	45	53	48	55	49	68	61	51
Juin	64	63	60	56	63	57	78	64	63
Juillet	67	67	63	62	64	65	79	68	68
Août	66	65	62	62	64	64	74	66	65
Septembre	58	59	58	57	62	60	64	61	57
Octobre	46	51	51	52	57	53	50	54	47
Novembre	33	43	43	45	50	47	38	46	42
Décembre	18	38	41	40	41	46	31	38	39
Moyenne annuelle	41.8	52.0	50.0	47.6	47.6	52.0	51.3	51.8	49.5

Les températures du sol de Montréal sont tirées des observations de MM. H. L. Calender et C. H. McLeod, rapports de la Société Royale du Canada, 1895 et 1896. Les températures du sol de Paris sont tirées des observations de M. M. E. et H. Bequerel, comptes rendus, 1883, tome 96, p. 1109. Toutes ces températures ont été prises au-dessous du gazon. Pour plus de simplicité, nous avons exprimé les températures par le nombre entier Fahrenheit qui se rapprochait le plus du degré réel, lorsqu'il existait des fractions. Les différences entre la moyenne mensuelle et les températures les plus basses et les plus hautes est de 1° à 4° Farh.

On nous a fait remarquer que la croissance et le développement plus rapide de la flore du Canada pourrait bien s'accompagner aussi d'une évolution plus rapide de la faune canadienne, par rapport à celle de l'Europe. Tel n'est pas le cas individuellement pour les insectes que nous avons étudiés. Cependant, nous avons constaté que l'apparition successive des différentes espèces, dans les cadavres exposés, s'est faite à des périodes beaucoup plus rapprochées que celle que nous nous attendions à trouver d'après les règles établies par Mégnin.

Dans nos observations relativement peu nombreuses, sur les 23 espèces mentionnées par Mégnin, comme apparaissant pendant la première année d'exposition, nous en avons rencontré 11, et nous avons constaté que 5 espèces sur

les 12 qui restent sont rares sur ce continent. Par contre, nous avons rencontré deux espèces qu'il ne mentionne pas, ce sont les insectes *Trox* et *Omosita*, qui sont rares en France, quoiqu'appartenant au genre *Sarcophaga*. Nous avons rencontré constamment les diptères de la première et de la seconde périodes, sur les cadavres exposés pendant la saison chaude ; tout au contraire, nous ne les avons pas trouvés pendant l'hiver, à moins que les corps eussent été gardés à l'intérieur des maisons pendant quelques jours. L'exception suivante vaut la peine d'être notée. Le cadavre d'un aliéné échappé d'un asile le 22

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*)

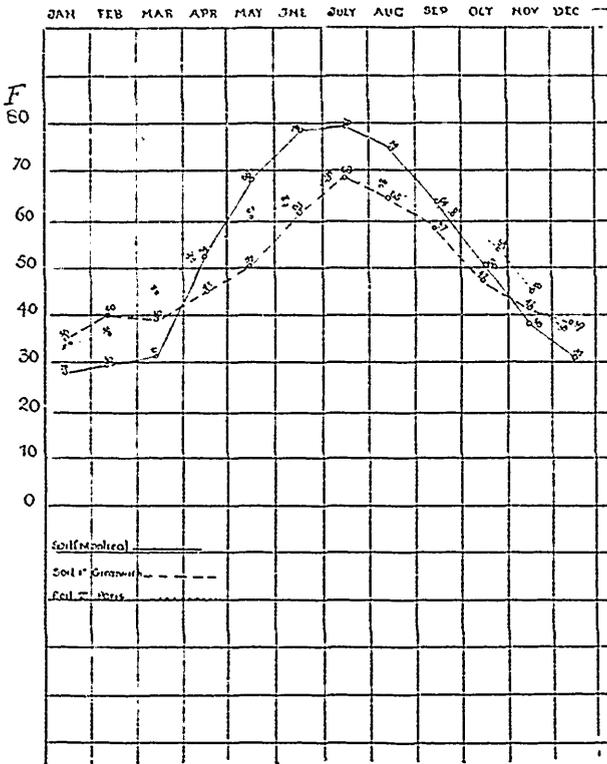


FIG. III — Mo enne mensuelle de la température du sol à Montréal (1 pouce) —, Paris (2 pouces)....., et Greenwich (1 pouce) - - - - -

février 1896, alors que la terre était couverte de neige, fut trouvé le 20 avril 1896 dans un champ, sur un tas de neige. Il avait une quantité considérable de petites larves blanches dans les cavités nasales, et sur les yeux, que l'on reconnut après éclosion être celles de l'espèce *Calliphora Erythrocephala*. Il est vrai que le développement et l'éclosion de la nymphe n'avaient pas encore eu lieu. Pour déterminer les dates, la connaissance des époques de l'année à laquelle se fait la génération des différentes espèces d'insectes est de la plus grande importance.

Une déduction qui n'est pas mentionnée par Mégnin, mais qui nous a été d'une utilité pratique considérable, c'est que lorsque l'on trouve des pupes de diptères vides, on peut dire que la durée de l'exposition n'a pas été moindre d'un mois; tandis que l'absence de pupes vides indique que l'exposition ne remonte pas à plus d'un mois, pendant le temps chaud.

Nos observations sont absolument semblables à celle de Mégnin, quant à l'ordre de succession. Ainsi, lorsque les acariens existaient, nous avons trouvé la preuve que les genres *Silpha* et *Hister* les avaient précédés. Nous n'avons rencontré le genre *Pyrophila* que lorsque la saponification du cadavre était très avancée. Les *Dermestes* existaient avant la période de saponification, mais pas au début de la décomposition. Les genres *Calliphora* et *Lucilia* sont les insectes que nous avons rencontrés jusqu'à la fin du premier mois, dans des cas où les dates ont pu être établies d'une manière certaine. Nous n'avons pas trouvé l'espèce *Lucilia* dans les cas où l'exposition n'avait duré que quelques jours.

Nous n'avons jamais rencontré les genres *Attagenus*, *Anthrenus*, *Tenebrio* et *Ptinus*, mais comme, dans aucune de nos observations, l'exposition des cadavres n'avait atteint la période d'invasion de ces insectes, mentionnée par Mégnin, leur absence confirme la règle générale établie par lui. Dans un cas où la durée de l'exposition, établie d'une manière certaine, avait été de 5 semaines, les os du crâne étaient à nu, les clavicules complètement dépouillées des parties molles et désarticulées, ces insectes n'ont pas été rencontrés. La disproportion de la décomposition des différentes parties du corps, dans ce cas, était absolument remarquable, car les organes abdominaux étaient si bien conservés, qu'il a été possible de faire des recherches chimiques pour l'arsenic.

Chaque fois qu'il a été possible de le faire, nous avons élevé les larves afin de pouvoir déterminer exactement le temps nécessaire à une évolution complète. La durée d'un cycle n'a jamais été moindre que celle donnée par Mégnin. Il a été extrêmement difficile d'obtenir plus de deux générations. Malheureusement le pamphlet publié depuis par le bureau d'entomologie de Washington n'avait pas encore paru lors de nos premières observations, et nous n'avons pu leur appliquer les excellents conseils qu'il donne sur l'entomologie pratique.

Dans une affaire où l'un de nous (1) avait été appelé comme expert, l'étude de la faune fournit des renseignements précieux à la justice. Dans les premiers jours de mai 1895, on trouva le cadavre d'un inconnu, le crâne percé par un trou de balle, dans un endroit désert. Le cadavre avait subi en entier la transformation en gras de cadavre ou adipocire, et dans plusieurs endroits, les os étaient mis à nu. Le corps et ses vêtements fourmillaient de petites larves, blanches, que l'on reconnut à leurs sauts caractéristiques, appartenir à l'espèce *Pyrophila casei*, ce qui fut vérifié par l'évolution subséquente de ces larves. De plus, le cadavre et les vêtements étaient littéralement couverts de grosses larves de diptères et de pupes vides que nous ne pûmes identifier exactement. Il n'y avait pas d'acariens ni de coléoptères. La théorie émise par la police était que

(1) Le docteur Villeneuve.

cet individu avait été assassiné pendant l'hiver dans une maison située près de l'endroit où fut trouvé ce cadavre. La présence en si grand nombre de diptères renversa complètement cette théorie en faisant remonter la date de l'exposition du cadavre aux jours chauds de l'été ou de l'automne précédents. Lancées sur cette piste, les recherches aboutirent à faire identifier le cadavre comme celui d'un inconnu qui avait été vu dans ce voisinage, pendant les récoltes et qui avait sur lui un revolver. Subséquemment on trouva un revolver près de l'endroit où avait reposé le cadavre, ce qui donna raison à l'opinion émise tout d'abord par l'expert qu'il agissait d'un cas de suicide.

Dans le mois de février 1905, on apporta à l'un de nous (1) le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait été trouvé sous un plancher d'une chambre de bain située directement au-dessus de la cuisine. On fit en même temps rapport que, si les dépositions des témoins étaient vraies, le cadavre de l'enfant devait avoir été placé à l'endroit où on l'avait trouvé, cinq semaines auparavant. Des étrangers avaient remarqué que la servante de la maison, que l'on supposait être la mère de cet enfant, avait présenté un développement abdominal suspect, quoique la maîtresse de la maison ait déclaré à l'enquête qu'elle n'avait rien remarqué. Après la nuit en question, cette rotondité disparut tout à coup, et les manières de la jeune fille parurent singulières et étranges pendant les quelques jours suivants. Une compagne de cette servante, qui partageait sa chambre, dit que, cette même nuit, l'inculpée était allée dans la chambre de bain, en disant qu'elle allait *changer de bas*, et qu'elle était revenue couverte de sang.

Un mois plus tard, des draps du lit et des sous-vêtements de la servante, présentant des taches considérables de sang, furent saisis par la police. Malheureusement, un examen vaginal convenable ne fut pas fait lors de l'enquête; mais nous apprîmes subséquemment qu'une espèce de sage-femme avait examiné la jeune fille à la demande du coroner McMahon et qu'elle avait trouvé les signes d'une grossesse récente. Quoi qu'il en soit, il paraissait établi non seulement que la servante avait été enceinte, mais qu'elle avait réellement accouché à l'époque mentionnée. Il restait seulement à établir l'identité de l'enfant.

Le cadavre était dans un état de décomposition très avancée, et fourmillait d'insectes et de larves de *Dermestes lardarius*, de larves et de pupes, dont quelques unes étaient vides, de *Calliphora erythrocephala*, quelques mouches adultes s'envolèrent à l'ouverture de la boîte qui avait renfermé le cadavre depuis quelques heures. Le cadavre exhalait une forte odeur de vieux fromage, et sa surface était criblée de trous creusés par les insectes. Pas de traces d'acariens au microscope. L'état avancé de putréfaction rendit impossible toute constatation quant à la cause de la mort. Les poumons, quoiqu'offrant quelques signes que l'enfant avait respiré, étaient trop décomposés pour permettre de conclure positivement. Le cadavre ne présentait pas de marques de violence graves, les seules qui pussent être appréciables sous les circonstances. L'enfant était venu au monde entre le 5e mois et le terme normal de la grossesse, il n'y avait pas de preuve qu'il eût reçu des soins.

(1) Le docteur Wyatt Johnston

Ici, nous avons une anomalie bien étrange : les dépositions positives des témoins ne faisaient pas remonter la mort à plus de 5 semaines, tandis que d'après Mégnin, la seule autorité sur le sujet, le cadavre ne pouvait arriver en l'état où il a été trouvé en moins de trois mois. Une telle abondance d'insectes *Calliphora* ne se rencontre pas non plus habituellement au printemps. Quant à nous personnellement, nous n'avons jamais vu un cadavre dans cet état, après un mois seulement d'exposition. D'un autre côté la situation du cadavre, entre deux planchers, au-dessus d'une cuisine, était de nature à hâter le dessèchement du cadavre, si favorable aux *Dermestes*. Nous avons alors fait quelques expériences ; des insectes de dermestes mis en présence de cadavres d'enfants nouveau-nés, ne les ont pas touchés pendant le premier mois et ne les ont envahis qu'à la fin du deuxième, et encore ce résultat minimum n'a pu être obtenu que dans un atmosphère sec. Nous avons cru que la présence des acides gras contenu dans l'enduit sébacé aurait bien pu hâter les choses, mais, d'après nos expériences, la présence de ces acides n'a pas paru avoir d'action notable.

La contradiction entre l'expertise médicale et les dépositions des témoins fut remarquée à l'enquête et, lors du procès, elle eut pour résultat l'acquiescement de l'inculpée. Dans cette affaire, les circonstances étaient certainement en contradiction avec les théories de Mégnin, mais la matérialité des faits n'a jamais été établie de manière à écarter tout doute.

Dans une autre affaire, le cadavre d'une vieille femme, dans un état de décomposition très avancée, avec transformation des tissus en adipocire, fut trouvé dans un champ, au mois d'août 1895. Les téguments exposés étaient parcheminés et le squelette de l'extrémité supérieure du cadavre était dépourvu en certains endroits. Autant qu'il a été possible de l'établir, l'exposition du cadavre remontait au milieu d'avril, c'est-à-dire qu'elle durait depuis plus de quatre mois. Le cadavre était envahi par les Diptères *Calliphora erythrocephala*, *Lucilia cæsar* et *Pyophila casei*, les Coléoptères *Silpha noviboracensis*, *Omosita colon*, *Hister fœdatus*, *Trox unistriatus* et *Saprinus assimilis*. En plus, il y avait, sur certaines parties du corps, un grand nombre d'acariens qui n'ont pas pu être identifiés parfaitement par les experts que nous avons consultés, mais qui incontestablement appartenaient au genre *Tyroglyphus*.

Les constatations, dans ce cas, sont absolument ce que l'on devait s'attendre à trouver d'après les théories de Mégnin, quant aux insectes présents, quoiqu'ils soient apparus à une époque beaucoup plus avancée que celle que leur assigne Mégnin. La présence de deux espèces non mentionnées par lui, *Trox* et *Omosita*, n'infirme pas l'exactitude de ses dires, car ces espèces sont très rares en Europe.

La méthode de Mégnin de calculer l'intervalle entre les périodes d'après le nombre d'insectes et la proportion des mâles et des femelles, paraît avoir une fondation moins solide, quoique ce soit une des premières méthodes employée par lui, car il est impossible de savoir d'une manière certaine quel est le nombre d'insectes qui ont primitivement envahi le cadavre.

Nos observations pour les cadavres inhumés se résument à quelques examens pour des fins médico-légales et ne sont pas assez nombreuses pour avoir une valeur quelconque au point de vue de la statistique. Nous avons trouvé cons-

tamment le *Philonthus politus*, mais nous n'avons jamais rencontré le Rizo-phagus. Les autres espèces étaient excessivement rares, excepté dans les cas où les cadavres avaient été exposés durant quelques jours, pendant les jours chauds, et qui, ainsi qu'on devait s'y attendre, dans ces cas là, présentaient un nombre considérable de diptères, principalement de l'espèce *Calliphora*.

Le Dr Murray Motter a fait, à Washington, D. C., de très intéressantes observations sur des cadavres inhumés, qui seront publiées bientôt et qui nous ont été communiquées privément. Elles tendent à établir que la faune des cadavres inhumés à Washington est beaucoup plus variée et beaucoup plus nombreuse que l'on pourrait s'y attendre d'après les rapports de Mégnin pour ce qui regarde la France. L'importance de comparer les résultats dans différents endroits est considérable et nous osons émettre l'idée que la température du sol fournira de meilleurs renseignements sur ce que nous pouvons attendre, que ceux qui sont fournis par les conditions atmosphériques de température et de climat, tant pour les cadavres inhumés que pour les cadavres exposés.

Conclusions : Il paraît établi que des observations et des expériences devraient être faites dans chaque localité avant que les connaissances actuelles en entomologie puissent être appliquées généralement à la médecine légale. Dans le district de Montréal, les différences concernent plutôt le degré que l'espèce, et se rapportent plutôt aux espèces qu'aux genres. En somme, les nouvelles observations confirmeront la succession de différentes périodes et l'ordre dans lequel se font ces successions. Les observations faites sur des cadavres autres que des cadavres humains sont de nature à induire en erreur et on ne doit pas leur attacher beaucoup d'importance. La durée des périodes devra, cependant, en toute probabilité, être modifiée selon les différentes localités. Nous connaissons actuellement très peu de chose sur les différences dans le mode d'être des différentes espèces d'un même genre.

Nous désirons remercier Messieurs Schwartz, Coquillet et Banks, du bureau d'entomologie de Washington, ainsi que M. le professeur Fletcher, d'Ottawa, qui ont bien voulu déterminer pour nous les espèces des diptères et des coléoptères, M. A. F. Winn, de Montréal, pour des renseignements sur l'occurrence des espèces de l'Amérique du Nord et M. le professeur McLeod pour les observations météorologiques. Nous désirons offrir tout spécialement nos remerciements à M. le Dr M. G. Motter, de Washington, pour l'assistance précieuse et les renseignements qu'il nous a donnés sur ses observations personnelles sur la faune des cadavres inhumés.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

MONTRÉAL, 1897.

DISCOURS PUBLICS.

LE CANADA : SON ORGANISATION ET SES RESSOURCES
MÉDICALES. (1)

Par T. G. RODDICK. M. D.,

Président de l'Association Médicale Britannique.

(Traduction)

Le président souhaite d'abord la bienvenue aux membres de l'Association, ainsi qu'au prof. Richet et à lord Lister ; puis il rend hommage à son prédécesseur, le Dr Henry Barnes, et présente, en quelques mots, les Drs Osler, Mitchell, Banks et Biggs, qui doivent faire les discours sur la médecine, la chirurgie et l'hygiène. Il trace ensuite l'histoire de l'Association Médicale Britannique. Enfin, il décrit en ces termes le climat du Canada et ses places d'eau :

LE CLIMAT DU CANADA

« Le meilleur moyen de se rendre compte des conditions atmosphériques d'un pays, c'est d'en comprendre d'abord les caractères physiques. Ces caractères, pour ce qui concerne le Canada, sont remarquables. D'une manière générale on peut diviser le pays, au point de vue physique et climatique, en trois grandes zones s'étendant du nord au sud sur la longueur du continent : ce sont la zone de l'est, la zone centrale et la zone de l'ouest. La zone de l'est comprend les plus vieilles provinces de la Puissance : Ontario, Québec, la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick et l'île du Prince Edouard, sans compter le vaste territoire de chasse qui s'étend, à l'est et au nord-est de la baie James, de l'Atlantique au lac Supérieur et à cette chaîne de grands lacs qui se prolonge au nord du lac Supérieur vers l'océan Arctique. Entre cette grande chaîne de lacs et le versant est des montagnes Rocheuses, est située cette immense plaine intérieure qui constitue la zone centrale du Canada ; la partie sud de cette plaine est faite de prairies, la partie nord de forêts. La zone de l'ouest consiste dans cette large et sauvage bordure de montagnes qui terminent le continent sur l'océan Pacifique — les Rocheuses, les Selkirk, les montagnes de l'Or — formant partie de la chaîne des Cordillères, et s'étendant, au Canada, sur une largeur de 400 milles.

(1) Discours prononcé au Windsor Hall, à la séance d'ouverture de la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique, le mardi 31 août. On remarquait sur l'estrade, à côté du président du Conseil, le Dr Saundby : le gouverneur-général, lord Aberdeen, le lieutenant-gouverneur, Sir J. A. Chapleau, M. Wilson-Smith, maire de Montréal, lord Lister, lord Mount-Royal, le prof. Richet, délégué du gouvernement français, et tous les officiers de l'Association.

“ Le Canada de l'est, notre première et notre plus large zone, offre, au point de vue géologique, une origine très ancienne. C'est ici que les géologues ont placé le noyau du continent — cette large ceinture de rocs cristallins si anciens qu'on appelle le plateau des Laurentides. La région est remarquable par le nombre immense de ses lacs, grands et petits, et par ses rivières irrégulières et tortueuses offrant des chutes et des rapides nombreux. La grande vallée du fleuve St-Laurent s'étend entre le plateau des Laurentides, au nord, et la chaîne des Apalaches au sud. Le bassin de ce majestueux fleuve couvre une superficie de 530,000 milles carrés, dont 460,000 sur le territoire canadien. Au dessus de la ville de Québec, la base des monts laurentiens et la chaîne des Apalaches s'éloignent l'une de l'autre, et le puissant fleuve coule dans une contrée basse et large dont la fertilité est remarquable et qui fut, dans les premiers temps, le grenier du Canada.

“ Il est peut-être bon d'ajouter, en passant, que le Mont-Royal, qui donne à notre ville tant de cachet et de caractère, représente les vestiges d'un terrain volcanique très ancien. On peut apercevoir, de son sommet pittoresque, en regardant au loin, vers l'est et le sud, des élévations abruptes semblables : Montarville, Belceil ou St Hilaire, Rougemont, avec le mont Yamaska derrière lui, le mont Shefford et le pyramidal mont Johnson ou Monnoir. On aperçoit à distance les Adirondacks, vers le sud-ouest, et dans le sud-est les montagnes Vertes

“ La zone de l'est renferme l'un des faits géographiques les plus remarquables du Canada ; ces grands lacs ou plutôt mers intérieures d'eau douce, Supérieur, Huron, Erié et Ontario, qui forment les réservoirs perpétuels du St-Laurent. Avec le lac Michigan, situé tout entier dans les Etats-Unis, ces lacs offrent une superficie totale de 94.750 milles carrés, superficie plus grande que celle de la Grande Bretagne. Ils sont tous les quatre à un niveau différent de la mer : Ontario 247 pieds, Erié 573, Huron 581 et Supérieur 602. Les chutes de Niagara, la plus grande et la plus impressionnante des merveilles de notre continent, sont le résultat direct de la grande élévation du lac Erié au dessus du lac Ontario. la rivière qui les unit n'ayant que quelques milles de long. A part le St-Laurent, le Canada de l'est possède plusieurs autres grandes rivières, tels que l'Ottawa, qui a un parcours de 1800 milles et un bassin de près de 1,000,000 de milles carrés ; le St-Maurice, le Saguenay, et le St-Jean, la gloire du Nouveau-Brunswick, qui offre un bassin, y compris le versant de l'Atlantique, de 50,214 milles carrés. Les zones du centre et de l'ouest ont aussi leur large part de lacs et de rivières. On remarquera que les rivières et les lacs canadiens couvrent ensemble une superficie de 130,000 milles carrés, et contiennent la moitié de l'eau douce du globe.

“ J'attire spécialement l'attention sur cette suite de grands lacs et de rivières, parce qu'ils exercent une influence bénéficiaire très grande sur le climat du Canada. Ils maintiennent la température moyenne alors que sur terre elle va aux extrêmes. L'eau en été est plus froide et en hiver plus chaude que la terre, ce qui tend à modifier les différences et à favoriser l'uniformité du climat. Sans ces eaux, nous aurions de vastes régions qui seraient comparativement de peu de valeur, comme en Afrique, en Asie et aux Etats-Unis, à l'ouest du Mississipi, où de larges bandes de terre, éloignées de l'eau, ne sont que des espaces arides. Notre climat est plus uniforme que celui d'Europe ; les différences météorologiques sont amenées seulement par la position, mais l'Europe a une température moyenne plus élevée, et les extrêmes ne sont pas aussi marqués, aussi divergents qu'au Canada. A cause de la grande superficie du Canada, couvrant plus de 20° de latitude, ou depuis la latitude de Constantinople à celle du cap Nord, en Norvège, la marge de la température est naturellement très grande. La frontière sud s'étend sur une longueur de 4,000 milles, et nous trouvons que, le long de cette ligne, Ontario a la latitude de l'Italie centrale, la Nouvelle-Ecosse celle du nord de l'Italie, le Manitoba et Vancouver celle du

centre de l'Allemagne. D'une manière générale, on peut placer l'été canadien entre 60° F. et 70 F.

“ Quand on considère la grandeur et la diversité de son étendue, on peut dire que le Canada possède plusieurs climats. Prenant la classification de Solly, basée sur la topographie, nous avons au Canada les trois climats continentaux : bas, moyen et élevé. Le premier demande une élévation de 2,500 pieds, le second de 2500 à 4,500, et le troisième de 4,500 en montant. Pour ce qui concerne la température et l'humidité, on peut ranger le Canada sous la catégorie de “froid, modéré et sec.”

LES PLACES DE SANTÉ.

“ On rencontre, dans la zone de l'est, deux localités, au moins, qui possèdent des qualités voulues pour constituer un climat favorable aux convalescents des fièvres et des maladies déprimantes, ainsi qu'à la consommation, à la période de début. Je veux parler de cette région de la province de Québec, située dans les Laurentides, au nord de Montréal, et dont Ste-Agathe est le centre, et de cette partie d'Ontario que l'on nomme le district de Muskoka.

“ On a appelé la première les Adirondacks du Canada, parce qu'elle présente plusieurs des caractères, physiques et climatériques, du célèbre plateau situé dans la partie nord-est de l'État de New-York, et s'étendant depuis la vallée de Mohawk jusqu'à 150 milles au nord, presque à la frontière. L'élévation moyenne de ces deux régions est à peu près la même, de 1,600 à 1,800 pieds. D'immenses forêts de pins et une température modérée sont les traits caractéristiques du district canadien, au point de vue médical. On n'a pas encore pris, de la région de Ste-Agathe, des observations météorologiques systématiques, mais les indications seront vraisemblablement identiques à celles du séjour américain. On se propose de construire, sur la montagne Tremblante, en vue du village de Ste-Agathe, un sanitarium qui deviendra sans aucun doute, avec le temps, le rival du sanitarium de Saranac, près du lac du même nom, sanitarium administré avec tant de succès par le Dr E. L. Trudeau. L'altitude du sanitarium sera de 2,500 pieds, ce qui donnera une élévation de 700 pieds plus grande que celle de l'établissement de Saranac. Le gouvernement de la province de Québec a l'intention de réserver, dans cette partie de la province, une étendue suffisante de terrain pour constituer un parc naturel. On l'appellera le parc de la Montagne Tremblante, et il couvrira une superficie de 100,000 acres de terres où se trouvent plusieurs beaux lacs. Le sanitarium sera construit dans les limites de ce parc. Nous avons donc raison de croire que nous aurons avant longtemps chez nous une place de santé offrant tous les avantages de la région des Adirondacks, et capable de bénéficier autant à la même classe de patients qu'ils se trouvent aujourd'hui si bien d'un séjour dans ces montagnes.

“ A 100 milles au nord de Toronto, dans les montagnes d'Ontario, est située la région du lac Muskoka, une étendue d'à peu près 10,000 milles carrés, peut-être la partie la plus pittoresque de toute la province. Il y a dans ce district, qui a une altitude moyenne, au-dessus du niveau de la mer, d'environ 800 pieds, (200 au-dessus du lac Huron), près de mille lacs et étangs réunis par d'innombrables courants d'eau. Les principaux lacs sont les lacs Muskoka, Rousseau et Joseph. Ils renferment environ 40 îles. Cette région abonde en forêts de pins; le climat est sec, l'air pur et fortifiant. On a trouvé que cette région de Muskoka possède des avantages climatériques remarquables pour les personnes qui ont une tendance à la phtisie. On a prouvé que la mortalité par la phtisie, dans cette partie d'Ontario, est de plus de 1-10 moindre que celle des autres parties de la province. On a fondé récemment à Gravenhurst, sous les meilleurs auspices, le sanitarium de Muskoka, pour le traitement de la phtisie au début. Ce sanitarium peut loger 40 patients; il consiste en une bâtisse centrale, large, bien aménagée, et entourée, à distance raisonnable, d'un certain nombre de petits cottages. Les

terrains, (75 acres), sont situés sur les bords du lac Muskoka. Des forêts de pins et des rochers protègent les édifices du côté du nord et de l'ouest, d'où viennent les vents froids de l'hiver. On a l'intention, comme au sanitarium des Adirondacks, de l'habiter toute l'année. On suivra avec intérêt les progrès de cette institution, qui n'est encore qu'à sa période d'essai.

“ Dans la partie centrale du Canada, la région des Territoires du Nord-Ouest, connu sous le nom d'Alberta-Sud,—la patrie du *cow-boy*,—offre plusieurs avantages qui la recommande comme place de santé. Cette bande de prairies et de collines est bornée, au nord, par le chemin de fer Pacifique Canadien, au sud, par la ligne de frontière; la limite est s'étend jusqu'à Medicine Hat, sa limite s'étend au sommet des montagnes Rocheuses, et à la Colombie Anglaise, ce qui donne une superficie totale de 20,000 milles carrés. La plaine a une élévation de 2,700 pieds au-dessus du niveau de la mer, élévation qui va s'accroissant jusqu'à la Passe du Nid au Corbeau, où elle est de 4,500 pieds. Calgary, la capitale de l'Alberta, a une altitude de 3,500 pieds. Cette progression d'une altitude basse à une altitude élevée permet au patient de choisir la localité la plus favorable à son cas. Kennedy, dans sa longue expérience, n'a connu que deux cas de phtisie originaires de ce pays; l'un, une tuberculose aiguë avec teinte héréditaire prononcée, fut fatal; l'autre, un type ordinaire, guérit sans quitter la région. Il réclame, en faveur du climat de l'Alberta-Sud, une atmosphère aseptique et sèche, un sol sec, le maximum possible de jours de soleil (90 pour cent), des nuits fraîches. Les patients peuvent séjourner toute l'année dans la région, et à l'exception d'une tempête de neige accidentelle, qui couvrira la prairie d'une épaisseur variée de neige, rien ne les empêchera de vivre pratiquement à cheval. Le vent qu'on appelle Chinook a une influence remarquable sur toute cette partie occidentale du Canada. C'est un vent chaud qui souffle avec une intensité variable de l'ouest au sud-ouest. McCaul, qui en donne une bonne description, raconte que l'approche en est annoncée par l'accumulation de nuages sombres au-dessus du sommet des montagnes, et par un murmure ou un grondement distinct qui vient des passes et des gorges. L'effet en hiver est presque miraculeux. Quand souffle le vrai Chinook, la température monte parfois, en quelques heures, de 200 au-dessous, à 400 au-dessus de zéro. La neige, qui le matin avait peut être un pied d'épaisseur, disparaît, et avant la nuit tout dégouline. Dans l'espace d'un seul jour toute l'eau est buë par le vent assoiffé, et la prairie est tellement sèche que les pieds des chevaux la marquent à peine.

“ Les cas qui ont le plus bénéficié du climat de l'Alberta sont ceux de tuberculose pulmonaire au début, quoique les femmes neurasthéniques et anémiques soient aussi améliorées d'une manière remarquable. C'est un fait bien connu que des jeunes gens délicats, envoyés des Iles Britanniques dans cette région du Nord-Ouest, pour y travailler sur les ranches, deviennent, en un an ou deux, des hommes sains et vigoureux, qu'on a peine à reconnaître à leur retour.

“ Plus à l'ouest encore, presque à mi-chemin entre Calgary et la côte du Pacifique, est située la belle vallée de Kamloops, autre pays de santé que l'on peut habiter l'année entière, et qui offre de nombreux avantages à ceux qui souffrent de formes variées de tuberculose. Cette vallée pittoresque, située entre les monts Rocheux et la chaîne des Cascades, a un climat d'altitude basse (1,100 pieds), mais très sec; la tombée annuelle de la pluie est de 11.05 pouces seulement, avec une moyenne de 75 jours de pluie dans l'année. Cette pluie disparaît rapidement, le sol étant léger et graveleux. Cette région nous donne un exemple de la variation du climat suivant la localité que Bryce a récemment signalée en rappelant que Vancouver et Kamloops, quoique peu éloignés l'un de l'autre, ont, le premier, une tombée annuelle de pluie de 35 pouces, le second d'à peine 11 pouces et une décimale. La température moyenne annuelle de la vallée de Kamloops est de 46° F., la variation dans l'année de 22° S. Les patients tuberculeux qui paraissent le plus bénéficier d'un séjour à Kamloops sont

ceux qui ont une tendance à la congestion chronique. On dit que les cas de bronchite s'y trouvent aussi très bien. On peut aussi recommander le climat aux consommateurs dont la maladie est compliquée d'une affection du cœur.

« Que le Canada soit un pays extrêmement sain, c'est le témoignage unanime des chirurgiens d'armée et de marine stationnés au Canada, avec les divers régiments, depuis la cession jusqu'à aujourd'hui. Crawford, qui fut envoyé à Montréal, avec son régiment, il y a un bon nombre d'années, et qui laissa ensuite l'armée pour pratiquer dans cette ville, a publié des statistiques détaillées et complètes avec soin, pour prouver que peu de parties de l'Empire Britannique ont un climat égal à celui du Canada. De fait ses statistiques prouvent d'une manière concluante que, pour chaque 1,000 hommes des troupes stationnées dans les diverses parties de l'Empire, le pourcentage d'hommes rendus inactifs par la maladie était au Canada de 7 pour cent moindre que celui de Gibraltar, le poste considéré, à cette époque, comme le modèle sous ce rapport. Je crois qu'il est facile de prouver, d'une manière satisfaisante, que le Canada est très bien doué pour le développement d'une race robuste, capable d'une grande résistance. Les races des Îles Britanniques et la race française n'ont certainement pas dégénéré dans ce pays. Ceci a été prouvé clairement, il y a quelques années, par Hingston, au moyen d'observations prises sur les étudiants en médecine qui suivaient les différentes écoles de cette ville. Il trouva que la force lombaire des Canadiens-anglais, de la troisième génération, dépassait de 20 livres celle des étudiants anglais et écossais récemment arrivés. Mais les Canadiens-français de la dixième génération étaient supérieurs à tous, par près de 30 livres. Le Canadien-français a dépassé le type normand originaire, non seulement en force, mais encore en poids et en hauteur.

LES EAUX MINÉRALES.

« Nous avons, au Canada, plusieurs sources d'eau minérale, qui possèdent une valeur thérapeutique indiscutable ; ces sources sont localisées un peu partout dans la Puissance, mais elles diffèrent matériellement au point de vue de la température et de la composition. Les Spas canadiennes les plus connues sont les sources de Calédonia, de St-Léon et de Plantagenet, ainsi que les sources de Banff, dans l'Alberta. Dans la province de Québec, les autres sources sont celles d'Abénaquis et de Caxton. Il existe, à part ces sources, trois ou quatre puits ou sources artésiens. De ces derniers, les principaux sont le puits Laurentien, situé dans la partie est de cette ville (une eau alcaline légère, dont le principal composé est le bicarbonate de soude), et le puits Radnor, puits qui jouit d'une certaine réputation ; il est situé dans le comté de Champlain. On le découvrit il y a quelques années, en perforant le sol pour trouver l'eau nécessaire à l'approvisionnement des personnes qui travaillent aux forges bien connues de Radnor. On a comparé cette eau à l'eau de Seltz allemande, dont elle a bon nombre des propriétés. Elle promet de devenir, avec le temps, la rivale de la célèbre eau Apollinaris, et quelques-uns la préfèrent à cette dernière. Le puits a plus de 400 pieds de profond leur. Dans la province d'Ontario, les sources principales sont celles de Winchester, et de Preston, et celle de la ville de St-Catherine, près des chutes de Niagara. Les sources les mieux connues et les plus populaires, sont celles de Calédonia, situées sur la ligne du Pacifique Canadien, à peu près à mi-chemin entre Montréal et Ottawa, et à 9 milles de la rivière de ce nom. Il y a quatre sources : la gazeuse, la saline, la sulfureuse blanche et l'intermittente, ou source de Duncan. Les trois premières sont à une distance de trois à quatre verges l'une de l'autre, et les ouvertures des deux dernières sont séparées par seulement quatre pieds de distance. La source intermittente est à quatre milles des autres ; on l'appelle ainsi, parce que la sortie du gaz n'est pas régulière, quelques minutes séparant les périodes d'agitation et de repos. La température moyenne de ces sources est d'environ 46°

F. La source intermittente offre le plus grand pourcentage de chlorure de soude, et diffère des autres par la quantité plus considérable de chlorure de chaux et de magnésie qu'elle renferme. On a constaté que les eaux de ces sources, prises d'une manière judicieuse d'après des conseils éclairés, ont un effet remarquable sur le rhumatisme aigu et chronique. On voit des rhumatisants de toutes les parties du continent, et même de l'Amérique du Sud, accourir à Calédonia, surtout pendant les mois de juillet et d'août. Les états gouteux, qui dépendent d'un dérangement du foie, disparaissent promptement sous l'effet de ces eaux. Les eaux de St-Léon et de Plantagenet sont identiques, sous plus d'un rapport, à celles que nous venons de décrire, et sont bénéficiales en général à la même classe de patients.

" Toutes les sources que nous venons de mentionner fournissent des eaux froides. Mais le Canada possède aussi les eaux thermales les plus fameuses du continent.

" Banff, qui est maintenant une ville pittoresque splendidement située au cœur des montagnes Rocheuses, mais cependant dans les limites de l'Alberta, division des Territoires du Nord-Ouest, est devenue l'une de nos places de santé les mieux cotées, bien qu'on la fréquente plus pour ses eaux thermales remarquables que pour son climat avantageux. La ville est bâtie sur les bord des rivières Bow et Spray, deux larges rivières de glaciers, et entourée de montagnes qui s'élèvent à plusieurs mille pieds au-dessus du niveau de la mer. L'hiver est court; il commence en décembre, finit en février, et est beaucoup plus doux que dans Ontario. Il pleut très peu; les jours sont d'ordinaire clairs et sans nuage. Il existe, durant l'hiver, de longues périodes de temps chaud. La température est variable en mars et avril, chaude et claire en mai; c'est pendant le mois de juin qu'il pleut le plus; juillet, août, septembre et octobre sont très chauds et très secs, avec des nuits fraîches. En toutes saisons, excepté peut-être en juin, l'air est sec et notablement aseptique. On a affirmée d'une manière positive, qu'on n'a jamais connu un cas de malaria ou de tuberculose ayant originé à Banff. Indépendamment des sources, Banff est de beaucoup recommandable au point de vue de son climat.

" Les sources thermales renommées de Banff furent découvertes il y a 15 ans pendant les travaux de construction du chemin de fer Pacifique Canadien. A la source, dans la montagne, la température est de 127° F. et l'air est chargé sur une certaine distance des vapeurs qui s'échappent du réservoir où l'eau se déverse. L'analyse la plus récente a fait voir que l'eau contient :

Sulfate de calcium.....	56.85
Sulfate de magnésie	12.39
Carbonate de calcium.....	3.29
Sulfate de soude.....	15.60
Carbonate de soude	35.73
Silice.....	traces.
Matières organiques.....	traces.

" On a employé avec grand profit les eaux de Banff dans le rhumatisme, la goutte, la sciatic, les affections glandulaires, certaines formes de maladies cutanées, et surtout, croit-on, dans les affections tuberculeuses de la peau et des muqueuses. On a constaté aussi que les eaux, aidées par l'admirable climat, ont une action bénéficiante remarquable sur les maladies fonctionnelles du foie, de l'estomac, des reins, et les affections articulaires tuberculeuses. On remarque que, chez les gens dont la constitution est débilitée par quelque cause que ce soit, l'activité de la peau est augmentée, le cœur et le système vasculaire sont renforcés, les muscles et le système nerveux tonifiés. Les enfants délicats et rachitiques se trouvent bien des eaux thermales. Ces indications paraîtront peut-être exagérées; mais les effets thérapeutiques de ces sources

ont été étudiés avec soin par des médecins compétents qui ont demeuré aux sources pendant quelques années. Le climat, sans aucun doute, aide matériellement à l'action des eaux dans un grand nombre des cas.

“Je doute que la profession canadienne estime suffisamment la valeur thérapeutique de nos propres sources d'eau minérale. Lorsqu'on visite les Spas d'Angleterre et d'Europe, on est impressionné par l'attention qu'apportent les patients dans l'usage des eaux qui ont été prescrites. Là, on trouve toujours des médecins compétents locaux pour donner le conseil voulu sur l'eau à prendre pour la maladie dont le malade souffre, et sur l'emploi judicieux des bains. Malheureusement ici, dans un grand nombre d'endroits, aucun conseil professionnel n'est à la disposition du public, et en conséquence le malade agit à peu près comme il l'entend, ou comme le conseille le propriétaire de l'hôtel, et par suite il arrive que l'usage des eaux produit plus de mal que de bien.”

Le Dr. Roddick passe ensuite en revue l'organisation de l'enseignement médical au Canada et termine son discours en faisant des vœux pour que la licence du médecin canadien vienne à être reconnue non seulement dans tout le Canada, mais encore dans tout l'Empire Britannique.

LA MÉDECINE ANGLAISE DANS LA NOUVELLE ANGLETERRE. ⁽¹⁾

par **WILLIAM OSLER**

Professeur de médecine à l'Université John Hopkins, Baltimore.

(Traduction)

Le professeur Osler analyse d'abord l'influence exercée par les sciences et les arts de l'ancienne Grèce sur le développement des connaissances humaines, et plus spécialement sur le progrès de l'ancienne médecine en Angleterre. Il cite Linacre, Sydenham et Harvey comme les trois types anglais du médecin lettré, du médecin praticien et du médecin savant, faisant voir combien ces trois qualités sont utiles et se complètent mutuellement pour perfectionner l'homme de profession. Puis il passe au sujet principal de son discours.

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE EN AMÉRIQUE.

“Nous devons reconnaître trois périodes correspondant à trois époques distinctes d'influence diverse : la première s'étend depuis les débuts de l'immigration jusque vers 1820 ; la seconde depuis 1820 jusqu'à 1860 ; la troisième, depuis 1860 jusqu'à aujourd'hui.

AVANT 1820.

“Le peuplement des colonies est contemporain de la renaissance de la médecine en Angleterre. Il est possible que des condisciples d'Harvey aient fait voile sur le *Mayflower* ou l'*Arbella*. Les expéditions les mieux préparées

(1) Discours prononcé à la 65e réunion annuelle de l'Association Médicale Britannique, le mercredi 1er septembre 1897.

s'assuraient généralement des services d'un médecin d'expérience, et les premières annales, surtout celles des colonies de la Nouvelle Angleterre, renferment des allusions intéressantes à ces hommes d'étude. Un gradué de Cambridge, Giles Firman, qui s'établit à Boston en 1632, semble être le premier qui ait enseigné la médecine dans le nouveau monde. Les ministres de cette époque avaient souvent des connaissances superficielles de médecine et offraient un exemple de ce que Cotton Mather a appelé une "fusion angélique." "Même depuis les jours de Lue, l'évangéliste, dit cet auteur, l'habileté en médecine a été exercée et mise en pratique par des personnes dont la principale affaire était l'étude de la théologie." Firman lui-même, trouvant la médecine d'un maigre secours, entra dans les ordres. Ces médecins anglais des colonies de la Nouvelle Angleterre étaient des hommes instruits et capables. Dans *The Scarlet Letter* de Howthorne, Roger Chillingworth les décrit tout en traçant une esquisse de sa propre vie ! "Bâti par des années sérieuses, studieuses, réfléchies et tranquilles, consacrées fidèlement à l'augmentation du savoir, à l'amélioration du bien-être humain ; peussifs pour les autres, oublieux d'eux-mêmes ; bons, justes, francs, constants sinon chaleureux dans leurs affections ;" voilà un tableau singulièrement vrai du vieux médecin colonial.

"Jusqu'à l'établissement des écoles de médecine,—Université de Pennsylvanie, 1763 ; Collège de King (depuis Columbia), 1767 ; et Harvard, 1782—les médecins des colonies vinrent de la Grande Bretagne ; à ces médecins s'adjoignirent des hommes instruits d'après le vieux système de l'apprentissage, et des colons qui allèrent à Edimbourg, à Leyden et à Londres chercher leur éducation médicale. Ce dernier groupe contribua puissamment à établir la vie professionnelle de la période ante-révolutionnaire. Ces hommes avaient reçu non-seulement l'instruction, mais encore souvent l'amitié des grands médecins anglais et européens. Morgan, Rush, Shippen, Bard, Wistar, Hosack, d'autres encore, avaient reçu une instruction qui comprenait tout ce qu'il y avait de mieux à cette époque, et avaient en outre acquis cette culture qui donne aux seuls voyages et la connaissance du monde. Morgan, le fondateur de la faculté de médecine de l'Université de Pennsylvanie, fut sept années absent, et fut nommé, avant son retour, membre correspondant de l'Académie Française de Chirurgie et membre de la Société Royale. La guerre de l'Indépendance interrompit pour un temps l'exode des étudiants, mais non pas l'amitié qui existait entre Cullen, Fothergill et leurs anciens élèves en Amérique. La correspondance de ces deux chaleureux amis des colonies est un témoignage de la puissante intimité professionnelle qui existait à cette époque entre les principaux médecins des deux mondes. Mais ni Baerhave, ni Cullen et ni Fothergill n'ont imprimé leur cachet sur la médecine coloniale comme le fit le grand écossais John Hunter. De longs siècles vides séparent Harvey de Galien ; il n'y a pas même un siècle entre la mort du grand physiologiste et la venue de l'homme, dont l'extraordinaire personnalité nous montre tous les traits distinctifs de la médecine moderne, et dont l'étendue de l'intelligence a eu peu d'égaux, si elle en a eues, depuis Aristote. L'influence de Hunter, si profonde et si durable, sur la profession de ce continent, s'exerça de trois manières différentes. En premier lieu, sa carrière de chirurgien de l'armée, ses écrits sur des sujets intéressant plus particulièrement les médecins militaires, firent que ses œuvres et ses méthodes se propagèrent durant les longues campagnes des guerres de France et la guerre de l'Indépendance. Les œuvres de Hunter furent réimprimées en Amérique dès 1791 et 1793. En second lieu, Hunter eut un certain nombre d'étudiants coloniaux distingués, dont deux devinrent des professeurs de renom. William Shippen, le premier professeur d'anatomie de l'Université de Pennsylvanie, vécut avec Hunter sur les termes de l'intimité la plus grande. Il rapporta en Amérique sa méthode d'enseignement et jusqu'à un certain point son esprit. A l'exception de Hewson et de Home, Hunter n'eut pas d'élève plus distingué que Philip Syng Physick.

qui fut son chirurgien-interne à l'hôpital St-George, et son ami dévoué. Pendant au-delà d'une génération Physick n'eut pas d'égal en chirurgie en Amérique, et jouit d'une réputation qui ne fut égalée que par celle de Rush. Il enseigna dans la plus grande école du pays les méthodes huntériennes, et l'œuvre de son neveu (Dorsey) sur la chirurgie est dans une grande mesure du Hunter modifié par Physick. Mais le grand maître a exercé son influence sur la profession de ce continent d'une troisième et bien plus importante manière. Hunter était un naturaliste pour qui les processus pathologiques ne constituaient qu'une partie d'un tout immense gouverné par une loi, mais impossible à comprendre tant que les faits n'auraient pas été réunis, classifiés et raisonnés. Il conduisit de nouveau, par son exemple, son industrie prodigieuse et ses recherches suggestives, les hommes dans la voie déjà suivie par Aristote, Galien et Harvey. Il fit de tous les médecins penseurs des naturalistes; il rendit de la dignité à l'étude de la vie organique, il rétablit une union étroite entre la médecine et les sciences naturelles. Il provoqua en Angleterre et dans la Nouvelle Angleterse la fondation de grandes collections et de musées, particulièrement ceux attachés aux écoles de médecine. Les musées Wistar-Horner et Warren sont l'œuvre d'hommes ayant subi l'influence de Hunter. Il fut de plus le père intellectuel de ce groupe intéressant d'hommes qui, de ce côté-ci de l'Atlantique, tout en pratiquant comme médecins, consacrèrent beaucoup de leur temps et de leur labeur à l'étude de l'histoire naturelle. Dans la dernière partie du siècle dernier, et durant les trente premières années de celui-ci, le praticien de renom était très souvent un naturaliste.

"Je voudrais que le temps me permit de rendre justice à la longue liste de ceux qui furent des naturalistes convaincus et apportèrent des contributions de grande valeur. Benjamin Smith Barton, David Hossack, Jacob Bigelow, Richard Harland, John D. Godman, Samuel George Morton, John Collins Warren, Samuel L. Mitchell, J. Aiken Meigs, et beaucoup d'autres, ont laissé des preuves de leur travail dans leurs œuvres, et dans les comptes-rendus des diverses sociétés et académies. Plusieurs de nos meilleurs médecins au Canada étaient des naturalistes, et certaines collections de cette ville (Montréal) témoignent du travail de Holmes et de McCullough. Je regrettais la disparition des humanités au début de ce discours, et maintenant je déplore la séparation presque complète de la médecine et de l'ancienne histoire naturelle.

"Jusque vers 1820, la profession anglaise de ce continent ne connaissait guère autre chose que la médecine anglaise. Aux Etats-Unis, après cette date, les liens d'union professionnelle avec les vieux pays se relâchèrent, et cela en partie à cause de l'augmentation du nombre des écoles nationales et en partie à cause du développement de la littérature américaine. En 1820, 114 livres de médecine locaux de toutes sortes étaient sortis des imprimeries, ainsi que 131 réimprimés et traductions, les premiers en langue anglaise, les derniers presque exclusivement en langue française (Billings). Pour ce qui regarde l'état de la profession au Canada durant cette période, je regrette de ne pas être en état de parler d'une foule de questions intéressantes concernant les colonies françaises. Je puis dire, cependant, que des médecins traversèrent avec les premiers colons, et parmi les jésuites, dans leurs missions de dévouement, on conserve le souvenir de *donnés* (laïques attachés à l'ordre) qui étaient médecins. L'un d'eux, René Goupil, souffrit le martyre aux mains des Iroquois. (1)

"Depuis la reddition de Québec, en 1759, jusqu'en 1820, la population anglaise s'était augmentée par la colonisation du Haut-Canada, surtout par des loyalistes de l'Empire Uni venus des Etats-Unis, et, après la guerre de 1812, par des colons des vieux pays. Les médecins de ces régions peu peuplées étaient, ou bien des jeunes gens cherchant fortune dans la nouvelle colonie, ou bien des chirurgiens militaires restés au pays après la guerre de la Révolution et celle de 1812. L'élément militaire donna pendant quelques années un cachet particulier

(1) Parkman : Jesuits in North America.

à la profession. Ces chirurgiens étaient des hommes énergiques et habiles, ayant vu du service et accoutumés à l'ordre, la discipline et les règlements. Sabine, dans son *Histoire des loyalistes*, fait allusion aux tendances tory des médecins, et dit qu'ils furent moins inquiétés que les avocats et les membres du clergé. Cependant, un bon nombre d'entre eux quittèrent leurs foyers "pour satisfaire leur conscience;" et Carniff, dans *l'Histoire de la profession dans le Haut-Canada*, donne une liste de ceux que l'on savait être loyalistes de l'Empire Uni. Le caractère de ceux qui contrôlaient la profession de la nouvelle colonie se fait voir dans les comptes rendus du Bureau Médical, organisé en 1819. Les principaux membres étaient deux chirurgiens militaires, les Drs Macaulay et Widmer. Ce dernier, qu'on a appelé justement le père de la profession médicale dans le Haut-Canada, homme d'un caractère très élevé, fit plus qu'aucun autre pour promouvoir le progrès de la profession, et ses efforts durant sa longue carrière furent toujours dirigés dans la bonne voie. On est impressionné, en parcourant l'ouvrage très intéressant de Carniff, par la haute valeur et le courage des anciens chirurgiens militaires, qui, dans ce temps là, formaient la plus grande partie de la profession. Les minutes du Bureau Médical indiquent avec quelle discipline militaire les candidats étaient examinés, et il est probable que le pourcentage des refus n'a jamais, dans l'histoire de la province, été aussi élevé qu'il le fut pendant les vingt premières années d'existence du Bureau.

1820—1860.

"Portant maintenant notre attention sur la seconde période, nous ferons remarquer en passant que le dix-neuvième siècle ne s'ouvrit pas sous d'heureux auspices pour la médecine anglaise. Hunter n'avait pas laissé de successeur, et quelque puissante que fût son influence, elle était trop faible pour enrayer le courant de spéculation abstraite dont Cullen, Brown et d'autres inondaient la profession. Il n'y a pas d'époque plus stérile que les premières décades de ce siècle. Willan, expert des maladies de la peau, et quelques autres la sauvent seuls d'un oubli complet. Les méthodes d'Hippocrate, de Sydenham et de Hunter n'avaient pas encore été rendues applicables au travail de tous les jours. Le réveil se fit sentir en France, et quel réveil! On ne peut le comparer à rien autre qu'à la renaissance des seizième et dix-septième siècles, qui nous donna Vesale et Harvey. Le "citoyen" Bichat et Broussais ouvrent la route, mais c'est Laënnec qui créa réellement la médecine clinique, telle que nous la connaissons aujourd'hui. La découverte de l'auscultation ne fut qu'un accident—d'une très grande importance, il est vrai,—dans une étude systématique des corrélations qui existent entre les symptômes et les altérations anatomiques. Louis, Andral et Chomel ajoutent à la réputation de l'école française, qui est maintenue dans toute sa gloire jusqu'à la sixième décade, alors que le brillant Trousseau termine une longue liste de maîtres parisiens dont l'auditoire se recrutait dans le monde entier.

"La renaissance de la médecine, en Angleterre, est due directement aux Français. Bright et Addison, Graves et Stokes, Forbes et Marshall Hall, Latham et Bennett furent influencés profondément par le mouvement nouveau. Aux États-Unis, l'influence anglaise ne s'affaiblit qu'après 1820. Des traductions des œuvres de Bichat paraissent dès 1802, et sont ré-imprimées les années suivantes, mais ce ne fut qu'en 1823 que fut publiée la première traduction de Laënnec — ré-imprimée de l'édition de Forbes. Les traductions des œuvres de Broussais devinrent très populaires après 1830, et dès lors l'orientation nouvelle de l'allégeance devient très évidente dans les mémoires de médecine. Mais les hommes, plus encore que les livres, changèrent le cours des idées professionnelles.

"Après 1825, les étudiants américains n'allèrent plus à Edimbourg, ou à Londres, mais à Paris, et l'on peut dire que, de 1830 à 1860, tout professeur ou écrivain de renom a passé sous le joug gaulois. La traduction des œuvres de Louis, et le succès extraordinaire de ses élèves américains — une réunion des plus

habiles jeunes gens que le pays ait jamais vus — donnèrent une force nouvelle au mouvement. Et cependant c'était une époque où la littérature médicale américaine était faite surtout du pillage des livres anglais, et les Systèmes, Encyclopédies et Collections, qui ne sont, pour la plus grande partie, que des réimpressions, témoignent du zèle des éditeurs. Stokes, Graves, Watson, Todd, Bennett et Williams, fournissent de la bouillie anglaise aux nourrissons, aussi bien que de la chair nutritive aux grandes personnes. En dépit de la forte influence française, les livres classiques scolaires sont presque exclusivement anglais.

“ Au Canada, la période de 1820 à 1860 vit l'établissement des universités et écoles de médecine anglaises. A Montréal, les facteurs furent entièrement écossais. La faculté de médecine de McGill fut organisée par des écossais, et a suivi de près, depuis ses débuts, les méthodes d'Edimbourg. L'influence française, moins personnelle, s'exerce surtout par l'intermédiaire des Anglais, et des Écossais. Les facultés du Haut-Canada sont organisées par des gens ayant des relations anglaises, et les traditions des hôpitaux de Guy, de St-Barthélemi, de St-Thomas, de St-Georges et de Londres, plutôt que celles d'Edimbourg, ont prévalu à Toronto et à Kingston.

“ L'influence locale française, sur la médecine anglaise au Canada, a été très légère. Dans les premières décades du siècle, lorsque les villes étaient plus petites, et les relations, entre Anglais et Français, en quelque sorte plus étroites, l'influence réciproque était plus marquée. A cette période, les méthodes anglaises devinrent quelque peu en vogue, parmi les Français; plusieurs Canadiens-français éminents étaient diplômés d'Edimbourg. On essaya, dans les journaux médicaux, d'avoir des communications dans les deux langues, mais la fusion des deux camps de la profession n'était pas plus possible que celle des deux nationalités, et la marche du progrès a suivi des sentiers différents.

1860—1897.

“ La troisième période date de vers 1860, alors que l'influence de la médecine allemande commence à se faire sentir. La naissance de l'école de Vienne fut, pendant longtemps, le seul résultat visible, en Allemagne, de la renaissance française. Skoda, le Laënnec allemand, et Rokitsansky, le Morgagni allemand, influencent l'idée anglaise et américaine de 1840 à 1860, mais ce ne fut qu'après cette dernière date que la médecine allemande commença à faire sentir son pouvoir vivifiant, grâce surtout à l'énergie de Virchow. Après la traduction de la *Pathologie cellulaire* de Virchow, par Chance (1860), la route fut largement ouverte à tout jeune étudiant en quête d'inspiration. Il y avait eu de grands hommes à Berlin, avant Virchow, mais il fit, de la ville de la Sprée, une Mecque pour les croyants de tous pays. C'est de cette époque que nous pouvons faire dater le début de l'influence allemande sur la profession de ce continent. Elle vint en partie de l'étude de l'histologie pathologique, sous l'impulsion donnée par Virchow, en partie du développement des spécialités, particulièrement celles des maladies des yeux, de la peau et du larynx. Les cours singulièrement attractifs d'Hébra, l'organisation sur une large échelle, à Vienne, d'un système d'enseignement gradué, tracé spécialement pour les étrangers, le développement remarquable des laboratoires allemands, tout se réunit pour détourner de France le courant des étudiants américains. Le changement d'allégeance était un tribut mérité rendu à l'organisation splendide des universités allemandes, au zèle et à l'énergie infatigables de leurs professeurs, ainsi qu'à leur dévouement individuel envers la science pour elle-même.”

Le professeur fait ensuite une étude rapide de la médecine en Australie et dans l'Indoustan, et termine son discours en prévoyant pour la médecine un avenir des plus brillants, et en conseillant à tous de garder fidèlement les meilleures traditions de nos prédécesseurs, imitant “ Linnæus, Harvey et Sydenham, ces anciennes sources de l'inspiration, ces modèles de tous les âges, en littérature, en science et en pratique.”

L'ANCIEN CHIRURGIEN PENDANT LA GUERRE. (1)

Par W. Mitchell Banks,

Chirurgien de l'Infirmerie Royale de Liverpool et professeur d'anatomie
au Collège Universitaire de cette ville.

(Traduction)

Après avoir établi que les légions romaines avaient leurs médecins, dont l'épithaphe de quelques-uns a été retrouvée en Angleterre, et après avoir affirmé que les médecins d'autrefois, qui se sont dévoués au soin des malades et des blessés durant la guerre, n'ont pas reçu la récompense à laquelle ils avaient droit, l'auteur donne les biographies d'Ambroise Paré, (1517-1590), de Robert Clowes (1540-1604), de Peter Lowe (1556-1620), de Richard Wiseman (1620-1676) et de Larrey (1776-1842).

AMBROISE PARÉ.

“ Des centaines d'années s'écoulèrent avant qu'aucun chirurgien militaire de renom ne parut sur la scène, mais lorsqu'il apparut ce fut avec un homme au mérite transcendant, l'illustre Ambroise Paré. Pendant soixante-treize années, de 1517 à 1590, il vécut une vie longue et continuellement active, le contemporain de Vésale, le prédécesseur immédiat de Harvey. C'est à peine si nous avons le temps de passer en revue la vie militaire du chirurgien Paré. Il suivit pendant plus de trente ans les guerres de quatre rois de France — Henri II, François II, Charles IX et Henri III, — n'habitant, dans l'intervalle, que quelques années à Paris. Perpignan, Metz, Verdun, Rheims, Hesdin, (où il fut fait prisonnier et dût écrire à sa femme pour recevoir sa rançon), St-Quentin. La Fère, Amiens, la prise de Rouen, Dreux, Moncontour, voilà quelques unes des batailles sanglantes et des sièges où il fut présent. Son humanité, son amour de sa profession, son indépendance de caractère, son esprit jovial et franc le firent passer au travers sain et sauf, et attirèrent au fils du pauvre charpentier de campagne la chaude amitié des plus grands et plus nobles guerriers de France. Charles IX même, ce misérable monstre, aimait le chirurgien huguenot, et quand vint le jour affreux de la St-Barthélemy, Paré fut épargné afin de donner ses soins à son misérable maître durant la courte période de vie agonisante et de remords qui lui fut laissée. La description que donne Dumas, dans son roman *Les Deux Dianas*, de la blessure de ce fameux guerrier, le duc de Guise, lorsque la lance, entrée au-dessus de l'œil droit, sortait entre la nuque et l'oreille gauche, se brisant court, et que Paré l'arracha de force, risquant, en agissant ainsi, qu'un flot terrible de sang ne mit fin à la vie de son illustre patient en même temps qu'à sa propre carrière, toute cette description est de l'histoire véridique.

“ Parmi l'œuvre admirable, à la fois anatomique et chirurgicale, de Paré, l'application du principe de la ligature des artères saignantes est certainement la partie à laquelle son nom restera attaché. Il est impossible de s'imaginer les horreurs qui, dans ces temps de miséricorde, attendaient le pauvre patient, aussitôt que son membre était amputé, et que l'on commençait à faire l'hémostase. Figurez-vous le moignon, tout vif et extraordinairement sensible, soumis à la cautérisation du fer rouge ou plongé dans la poix bouillante ! Paré remplaça ce

(1) Discours prononcé à la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique le jeudi 2 septembre 1897.

traitement horrible par la ligature qui, de nos jours, faite avec du tissu animal aseptique que l'organisme absorbe lentement, a pratiquement atteint le maximum de perfection. On croyait aussi, de son temps, que le danger des blessures par armes à feu venait du poison de la poudre apportée par la balle. Et pour détruire ce poison on versait dans la plaie de l'huile bouillante dans laquelle on avait infusé de l'écorce de sureau. Un jour qu'il n'avait pas cette décoction infernale sous la main, Paré appliqua à ses blessés un mélange froid de blanc d'œuf, d'huile de roses et de térébenthine. Il passa une nuit sans sommeil dans la crainte que ce traitement ne fit dommage à ceux chez qui il l'avait appliqué, et le lendemain sa joie fut grande en proportion quand il constata chez ses blessés très peu de douleur, tandis que les blessures étaient exemptes d'inflammation et d'enflure. Ce fut par la suite sa panacée contre les blessures. On rencontre sans doute des personnes qui veulent prétendre que Paré ne fut pas l'initiateur de la ligature. Voici ce qu'il en dit lui-même : "Croyez que je l'ai exécutée d'après la suggestion d'un bon ange, car je ne l'ai apprise ni de mes maîtres ni d'aucun autre homme. Et je désire que tous les chirurgiens fassent de même. Car ce n'est pas dans notre art comme dans les affaires civiles, où les règlements, la loi et l'autorité doivent prévaloir sur la droite raison." Ces ergoteurs n'ont sans doute pas entendu le proverbe qui dit qu'il n'y a rien de neuf sous le soleil. Mais le monde, malgré eux, croira toujours dans l'immortel trio : — Paré, le Français qui inventa la ligature ; Morton, l'Américain qui découvrit l'anesthésie ; et Lister, l'Anglais qui introduisit les antiseptiques. Paré, le pauvre barbier-chirurgien d'autrefois, mourut dans la plénitude de l'âge, influent et entouré d'amis, conseiller d'état et chirurgien en chef du roi. Un dernier trait fera connaître le sentiment qui emplit et dirigea tout son travail. Un jour, après le traitement heureux d'un officier blessé, il fit cette remarque sage et pieuse qu'il prit ensuite pour devise : "*Je le pensay ; Dieu le guarist.*"

RICHARD WISEMAN.

"Je souhaiterais avoir le temps de vous faire un récépissé convenable de la vie aventureuse de Richard Wiseman, que l'on a appelé, non sans quelque raison, le père de la chirurgie anglaise. Né en 1620, mort en 1676, il vécut du temps de Charles I, de la République, et de Charles II. C'était d'abord un chirurgien de marine, qui servit, dans les premières années de sa vie, dans la marine hollandaise. Mais, comme il était un fervent royaliste, il suivit l'armée de Charles I, puis, après la mort de ce roi, émigra en France avec son fils. Il assista à la bataille de Worcester, où il fut fait prisonnier, puis il fut gardé pendant quelque temps à Lambeth House. Il fut naturellement considéré comme suspect durant la république, et dût même s'enrôler pour trois ans dans la marine espagnole. Après la restauration, le roi n'oublia pas son vieux chirurgien, qui avait tant fait pour lui et tellement souffert à son service, et le nomma son chirurgien ordinaire, puis chirurgien-sergent. Son premier livre, publié en 1672, est petit, et porte comme titre *Traité des blessures*, mais il devint par la suite un fort volume.

"Rien ne révèle un homme comme ses propres paroles, et je ne puis mieux faire, pour vous donner une idée de ces vieilles gens de mérite, que de les laisser eux-mêmes conter leur histoire. Wiseman croit à la nécessité de donner des stimulants à une personne qui à l'habitude d'en prendre, quand cette personne se trouve dans une impasse difficile. Après avoir décrit l'état grave d'un patient, "il me parut, dit-il, que cet homme tombait en défaillance, et il se plaignit, disant qu'il ne pouvait vivre sans vin. J'exauçai son désir ; il but de nouveau comme il lui plut, sa maladie s'en alla, sa plaie se nettoya, et il guérit. J'ai vu souvent la même chose en mer, chez nos gens de Dunkerque, qui boivent extraordinairement, et sont remplis de boisson durant nos combats navals. Je pouvais à peine les guérir sans leur prescrire du vin, ce qui soutenait leur mo-

ral et me permettait de les saigner comme je l'entendais." On voit que l'origine du vieux dicton populaire, sur le courage hollandais, est bien différente de celle que l'on pensait. Mais si les malheureux Bataves étaient susceptibles d'être saignés à la fois par la lance de l'ennemi et la lancette du chirurgien, on n'a pas lieu de s'étonner qu'ils aient eu l'habitude de prendre quelque chose pour soutenir leur moral.

"Lorsqu'il parle des blessures par armes à feu, Wiseman insiste pour que l'on recherche la balle, et qu'on l'extrait immédiatement. "Il faut, au premier pansement, avec toute la diligence possible, nettoyer la partie de tous les corps étrangers qui ont pu y pénétrer violemment, pendant que le patient était dans l'échauffement de la bataille, et lorsque la plaie était encore fraîche et très peu altérée par l'air et les accidents, afin que l'extraction soit suivie de moins de douleur. A l'*Armada Naval de Dunquerque*, où nous, chirurgiens, étions souvent appelés à appliquer ce genre de traitement, nous visitions réciproquement après chaque combat nos blessés. Nous considérions, entre nous, une grande honte s'il restait encore de l'extraction à faire. Car c'était là la cause de la mort de plus d'un brave soldat; chaque bataille nous en donnait des exemples, au discrédit de notre profession." Voilà de la bonne chirurgie et du parler franc. J'ai l'idée que ce devait être un beau spectacle de voir ces vieux chirurgiens rudes, avec leur savoir limité, et leurs moyens de traitement insuffisants, aller et venir pour visiter leurs patients réciproques et apprendre la meilleure manière de réparer leurs erreurs.

"Wiseman a tout un chapitre sur un cas important de fracture causée par un éclat de bois. Le bras du patient était fort endommagé jusqu'au coude, et aurait dû être amputé; mais le cri soudain de "Au feu" empêcha l'opération. "J'appliquai à la hâte un pansement sur la blessure et l'enroulai, faisant soutenir au malade son bras de l'autre main, et j'essayai de remonter sur le pont, comme le faisait les autres, croyant en toute vérité que je ne panserais plus ni lui, ni d'autres. Mais nos hommes nous éloignèrent bravement du brûlot en coupant le palan avec leur hachette (qu'ils portaient, durant le combat, dans leur ceinture); nous fûmes délivrés du feu, et, en hissant nos huiers, nous nous sauvâmes de notre ennemi. Maintenant, je ne savais trop que faire de mon homme, qui gisait non loin de là, se plaignant de son membre. Je l'aurais bien coupé sur l'heure avec un rasoir (l'os étant broyé, il n'y avait pas besoin de scie); mais cet homme ne voulut pas que je touche à son bras, disant que je l'avais déjà pansé. La bataille finie, nous gagnâmes le prochain port; je fis alors monter le lit des mariners (qui consistait en quatre pièces de bois clouées et liées ensemble, avec une peau d'ours étendue dessus) et le fit fixer entre deux supports de canon." Wiseman s'appliqua alors à sauver le bras de l'infortuné marin; mais "lorsque ce fut mon tour de recevoir la visite de mes confrères chirurgiens de l'escadre, l'état de la plaie et la manière dont je l'avais pansée ne leur déplurent pas (car, étant habitués à voir les patients des uns et des autres, nous avions à peu près la même méthode de pansement); mais l'excuse que je donnai pour ne pas amputer le bras les fit rire, et ils pensèrent bien que je serais encore obligé de le faire. Mais au bout de deux mois, il y avait chez le patient un fort calus, emplissant la partie de l'os qui marquait sur une longueur d'au moins deux pouces, avec peu ou pas de raccourcissement du bras." Bravo, Wiseman!

LE BARON LARREY

"En 1776, près des Pyrénées, naquit Jean Dominique Larrey, le chirurgien en chef de la grande armée, l'ami et le chirurgien de Napoléon, le plus grand chirurgien militaire qui ait vécu. Il fit ses études à l'école de médecine de Toulouse, et rejoignit, en 1792, sur le Rhin, les quartiers généraux de l'armée républicaine commandée par Custine. Maintenant, les ambulances d'alors étaient obligées de se tenir à une lieue de distance de l'armée, et l'on ne ramassait

les blessés qu'une fois la bataille finie. Le général Custine déplaçait ses troupes très rapidement, ce qui rendait les choses encore pires pour les blessés. Ceci affligeait profondément Larrey, qui se mit à l'œuvre et inventa une nouvelle voiture d'ambulance suspendue sur des ressorts, et unissant une grande résistance à un poids léger. On appella ces voitures *ambulances volantes*. Elles pouvaient suivre l'avant-garde de l'armée avec la vitesse de l'artillerie de campagne, et elles enlevaient les blessés presque aussitôt qu'ils tombaient. Larrey s'était dès l'abord aperçu de l'avantage énorme qu'il y avait pour un blessé à ce que sa fracture fut remise et son hémorrhagie arrêtée aussi rapidement que possible, et à ce qu'il eut un toit au dessus de lui lorsque la nuit s'établissait. Le général Beauharnais, dans une dépêche à la Convention, fit une mention spéciale du "chirurgien-major Larrey et de ses camarades des ambulances volantes, dont le dévouement infatigable au soin des blessés a diminué ces résultats, affligeants pour l'humanité, qui sont généralement inséparables des jours de victoire, et a servi la cause même de l'humanité en sauvant de braves défenseurs de notre pays." Le personnel d'une ambulance volante se montait à 340 personnes. On comptait pour chaque division quatre voitures pesantes et douze légères. Les unes avaient deux et les autres quatre roues, et elles étaient pourvues de matelas. Durant les campagnes de Napoléon en Italie, elles prirent rapidement une place importante, et le grand homme leur porta un vif intérêt, les passant en revue et les faisant manœuvrer devant lui comme si elles eussent été sur un champ de bataille. Il dit à Larrey, après l'une de ces inspections : "Votre ouvrage est une des plus heureuses conceptions de notre âge. Il suffira à votre réputation."

"Quand Napoléon entreprit sa campagne d'Égypte, Larrey se rendit à Toulon pour organiser le corps des médecins. La profession répondit avec tant d'ensemble à son appel qu'il put bientôt compter sur 800 chirurgiens bien qualifiés, dont un bon nombre avaient servi dans l'armée d'Italie, et sans compter les médecins officiers attachés à chaque régiment. Ceci fait voir, je crois, l'importance que le roi des capitaines attachait à la santé de ses troupes, ainsi que le trouble et la dépense qu'il était prêt à encourir pour la préserver, — ce qui fait contraste avec la manière insuffisante de s'occuper de la question dont nos chefs militaires ont trop longtemps eu l'habitude. Peu après la descente à Alexandrie, un certain général Fignières fut gravement blessé. Il guérit grâce à un bon traitement, et demanda à Napoléon de vouloir bien accepter, comme témoignage de gratitude pour le salut de sa vie, un magnifique sabre damasquiné ! "Oui, dit Napoléon, je l'accepte afin d'en faire présent au chirurgien en chef, aux soins duquel vous devez la vie sauve." Les noms d'Aboukir et de Larrey étaient gravés sur le sabre, et le chirurgien le garda jusqu'à la fatale journée de Waterloo, alors que les Prussiens le lui volèrent. Quelques mois après l'occupation de l'Égypte, une terrible révolte des Turcs fanatiques éclata au Caire. Ne pensant qu'à atteindre des Français pour les assassiner, ils attaquèrent l'hôpital, qui était rempli de soldats malades et blessés, mais les médecins défendirent vaillamment leurs patients, et deux chirurgiens de l'état-major, Roussel et Monjin, furent tués, tandis que Larrey faillit subir le même sort.

"À une certaine période il y eut une véritable disette de viande, et Larrey n'avait pas même de quoi faire une goutte de bouillon pour ses malades. Il donna l'ordre d'employer dans ce but la viande de chameau, et quand il n'en eut plus, d'employer celle des chevaux. Des années après, durant la seconde campagne contre l'Autriche, la garde impériale et plusieurs autres corps se trouvaient entassés sur l'île de Lobau, au milieu du Danube, que Napoléon essayait de traverser. Les journées étaient brûlantes, les nuits glacées, et les provisions se firent si rares que les patients de Larrey furent en danger de mourir de faim. Sans plus de cérémonie, il fit mettre en fourrière les chevaux de certains officiers, les fit abattre et les employa comme aliments. Comme on

manquait de chaudières, il prit les cuirasses de ceux qui avaient été tués, et s'en servit pour faire sa soupe de viande de cheval. Des généraux se plaignirent amèrement de la façon d'agir de Larrey à l'empereur, qui fit venir le chirurgien en chef et, en présence de son état-major, lui demanda d'un air sévère de s'expliquer. " Comment, dit-il, vous avez, de votre propre autorité, disposé des chevaux des officiers pour donner de la soupe à vos blessés ! " " Oui, " répondit Larrey. Il n'ajouta rien de plus, mais il apprit peu après sa nomination au grade de baron de l'empire.

" L'une des retraites les plus étonnantes, après celle de Moscou, c'est la retraite de Napoléon des murailles invincibles de St-Jean d'Acre à Jaffa. Il n'y a aucun doute qu'à ce dernier endroit un nombre considérable de malades atteints de la peste furent soustraits sans bruit à leurs mères par l'opium. Alison dit 60 ; Sir Robert Wilson dit 580. Il fallait continuer la retraite, les Turcs n'étaient qu'à une heure de marche en arrière, rien autre chose qu'une mort cruelle attendait ces infortunés, de sorte que le fait de savoir si cette action était justifiable ou non peut fort bien se discuter. Mais, comme le dit Alison : " L'histoire devra enregistrer avec admiration la réponse du chef français du corps des médecins lorsque Napoléon lui eut fait la proposition : " Ma vocation est de prolonger la vie, et non pas de l'éteindre. "

" Dans ces-temps là les moyens de transport étaient si inférieurs, et la nécessité d'enlever les membres irrémédiablement blessés aussitôt que possible après l'accident si impérieuse, que l'on faisait les amputations sur le champ de bataille même, quand le combat était dans toute sa force, et sous une pluie de balles. Durant la bataille amenée par la descente des Anglais dans la baie d'Aboukir, le général Silly eut le genou fracassé par une balle. Larrey vit que, à moins d'amputer promptement la jambe, la blessure serait fatale, et le général ayant donné son consentement, l'opération fut faite dans l'espace de trois minutes sous le feu de l'ennemi. Juste à ce moment la cavalerie anglaise arriva sur eux. " J'eus à peine le temps, dit Larrey, de charger l'officier blessé sur mes épaules et de l'emporter rapidement vers notre armée, qui était en pleine retraite ; j'aperçus une suite de fossés, dont quelques-uns étaient bordés de touffes de capriers, qui je traversai, pendant que l'ennemi, à cause du terrain ainsi coupé, était obligé de faire un détour. J'eus ainsi le bonheur de rejoindre l'arrière-garde de notre armée avant ce corps de dragons. A la fin, j'atteignis Alexandrie avec cet honorable officier blessé, et j'y complétais sa cure. " Nous devons tous admettre que ceux-là étaient une paire de héros.

" Comme on peut se l'imaginer, l'affreuse retraite de Moscou fit appel à toutes les ressources de Larrey, et l'on pourrait raconter plus d'une histoire intéressante sur ses efforts. Pensez à l'épouvantable bataille de la Borodmo, où l'on fit, sous la direction personnelle de Larrey, 200 amputations, alors qu'on n'avait ni couches, ni couvertures, ni abri d'aucune sorte, alors que la nourriture se composait de viande de cheval, de racines de choux et de quelques pommes de terre ; pensez au froid, si intense que les instruments nécessaires à l'opération glissaient trop souvent des mains impuissantes des chirurgiens ; pensez aux sauvages Cosaques, rôdant tout le temps aux alentours, guettant l'occasion de tuer le chirurgien et le blessé aussi bien que le combattant. Puis ce fut le passage de la Bérésina. Prenons un incident. Parmi les blessés se trouvait le général Zayouchek, âgé de plus de 60 ans. Son genou était écrasé, et il était impossible de lui sauver la vie sans amputation. On la fit sous le feu de l'ennemi, et au milieu d'une neige épaisse qui tombait, sans autre abri qu'une tunique que deux officiers tinrent au-dessus de lui pendant qu'on l'opérait ; mais les chirurgiens firent leur œuvre avec tant de sang froid et de dextérité que le vieux général survécut ; il mourut, quatorze ans plus tard, vice-roi de Pologne. Larrey réussit à traverser la Bérésina avec la garde impériale, mais découvrit que les approvisionnements des malades et des blessés avaient été laissés de l'autre côté. Il repassa immédiatement la rivière, mais pour tomber au milieu

d'une foule en furie qui luttait pour se frayer un passage. Il était sur le point de se faire écraser à mort quand heureusement les soldats le reconnurent. A peine l'eurent-ils fait qu'il lui firent traverser la rivière dans leurs bras, en criant "Sauvons celui qui nous sauve !" oubliant leur propre sécurité dans leur désir de préserver l'homme dont ils avaient connu si souvent la bonté compatissante.

"Suivant son maître adoré à travers la victoire et la défaite, Larrey, enfin, se vit une nuit, seul sur le champ de Waterloo, avec quelques officiers médecins et les blessés épars gémissant autour de lui. Un escadron de lanciers prussiens arriva sur eux. Ne s'attendant à aucun quartier, il déchargea ses pistolets et partit au galop. Les lanciers abattirent son cheval et le criblèrent de coups de sabre pendant qu'il gisait à terre. Puis ils s'en allèrent, le croyant mort. Mais il reprit ses sens et chercha à se traîner en France par des chemins détournés. Il fut saisi de nouveau par un détachement de cavalerie prussienne. Les soldats lui enlevèrent tout ce qu'il possédait et l'amènèrent devant un officier supérieur qui ordonna de le fusiller. Quelle récompense pour un soldat qui avait passé sa vie à secourir les soldats ! A peu près un quart d'heure avant l'exécution de la sentence, un chirurgien major reconnut Larrey. Ce chirurgien avait suivi avec un profond intérêt une série de cours que Larrey avait donnés six ans auparavant à Berlin. On amena le prisonnier à Bulow, puis on le présenta finalement à Blücher, dont le fils, gravement blessé dans la campagne d'Autriche et fait prisonnier par les Français, avait dû la vie à l'intervention de Larrey.

"La vie honorable et glorieuse de Larrey se termina en 1842. Napoléon, lorsqu'il fit son testament à Ste-Hélène, écrivit : "Je lègue au chirurgien en chef de l'armée française, Larrey, 100,000 francs. C'est l'homme le plus vertueux que j'aie jamais connu." Des lèvres de Napoléon, ces mots d'une louange aussi spontanée et faite d'aussi bon cœur tombèrent rarement."

Après avoir dit quelques mots de l'énorme mortalité qui existait parmi les troupes au milieu du siècle dernier, mortalité qui rendait les maladies contagieuses plus meurtrières que le sabre, le docteur Banks rappelle le courage militaire du chirurgien Thomson qui, durant la guerre de Crimée, seul avec un assistant, passe trois jours à panser 500 blessés russes ; du chirurgien Wolsley qui, à Inkerman, les officiers étant morts, prend le commandement d'une compagnie et lui fait traverser la ligne ennemie ; du chirurgien Landon, qui, blessé à mort à Majuba Hill, se fait soutenir pour achever ses pansements ; du chirurgien Whitechurch, décoré pour avoir tenté de sauver la vie au major Baird ; du chirurgien général Reade, mort récemment, qui, à Delhi, avec douze hommes, défendit ses blessés contre un parti de rebelles. L'auteur termine en déplorant le manque d'organisation médicale qui existe aujourd'hui dans l'armée anglaise.

Le Dr Zuskowski a communiqué à la Société de médecine de Varsovie une nouvelle théorie assez rationnelle du mal de mer.

L'auteur conclut :

1° Il existe un organe du sens d'équilibre spécial pourvu d'un nerf spécial ; ce dernier par sa structure et son développement se distingue du nerf acoustique et possède un centre propre ;

2° Cet organe se trouve dans les canaux semi-circulaires et dans l'entrée de l'oreille moyenne ;

3° Une excitation prolongée de cet organe détermine le mal de mer ;

4° L'apparition des symptômes du mal de mer chez un individu dans des conditions ordinaires doit faire supposer l'existence d'une lésion de cette portion de l'oreille ;

5° Le traitement du mal de mer doit être dirigé vers l'atténuation des symptômes les plus pénibles, car en réalité il est impuissant.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE A NEW-YORK. ⁽¹⁾

Par HERMANN M. BIGGS.

Directeur des laboratoires bactériologiques du Bureau d'Hygiène de la ville de New-York.

(Traduction)

L'organisation efficace de l'hygiène publique, en Angleterre, a engagé l'auteur à faire connaître aux membres de l'Association Médicale Britannique les méthodes prophylactiques suivies aux États-Unis, afin d'établir que, dans les grands centres du moins, l'organisation de l'hygiène publique est certainement à la hauteur des progrès récents. L'auteur se propose donc de décrire l'organisation de l'hygiène publique dans la ville de New-York.

LE BUREAU DE SANTÉ DE NEW-YORK.

“ Le Bureau de Santé de la ville de New-York est régi par une loi spéciale de la législature de l'Etat de New-York et forme une organisation sanitaire entièrement indépendante, n'étant pas même sous la juridiction du Bureau de Santé de l'Etat. Le bureau d'hygiène du Département de Santé se compose de quatre membres : le Président, qui a le principal pouvoir exécutif ; le Commissaire de Santé, qui doit être médecin (ces deux officiers sont nommés par le maire de New-York), et deux membres *ex-officio* : l'officier de santé du port de New-York (officier de l'Etat nommé par le gouverneur), et le président du Bureau des Commissaires de police de New-York (ce dernier est nommé afin de resserrer les relations entre le département de la police et celui de l'hygiène). Le commissaire de santé du Bureau de Santé de New-York fait partie, *ex-officio*, du Bureau de Santé de l'Etat, comme aussi l'officier de santé du port de New-York ; de sorte que deux membres du Bureau de Santé municipal se trouvent membres du Bureau de Santé de l'Etat, mais ce dernier n'a aucune juridiction sur la ville de New-York, et l'action de son Bureau municipal est tout à fait indépendante.

“ Le Bureau de Santé de New-York exerce son action sur toute la ville, telle qu'elle existe aujourd'hui avec ses 2,000,000 de population, et au début de 1898, le même Bureau, augmenté d'un membre, exercera son action sur le nouveau New-York, avec une population d'environ 3,250,000 habitants. Toute l'organisation administrative et exécutive du département est concentrée dans les bureaux centraux, et est placée sous la direction immédiate des chefs des diverses sections en lesquelles le département est divisé. L'acte de la législature de l'Etat de New-York, qui crée ce département, donne au Bureau les plus amples pouvoirs exécutifs, judiciaires et législatifs. L'argent nécessaire au maintien du département est pris sur les fonds généraux de la ville de New-York.

“ Le Bureau de Santé de la ville de New-York a été le premier (1892) à établir un laboratoire public de bactériologie. Ce laboratoire est utilisé pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie, la production du sérum antidiphtérique (1895), du sérum antitétanique, du sérum antistreptococcique, de la malléine et de la tuberculine (diagnostic de la gourme et de la tuberculose animales), les recherches sur les maladies infectieuses (diphtérie, fièvre

(1) Discours prononcé à la 63e réunion de l'Association Médicale Britannique le vendredi 3 septembre 1897.

typhoïde, tuberculose, variole), le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, le traitement préventif de la rage. Un laboratoire spécial et une étable sont consacrées à la production du vaccin (lympe glycéinée). Le personnel du laboratoire comprend vingt-cinq médecins, un chimiste, deux vétérinaires, sans compter les assistants.

“La désinfection, contrôlée par le laboratoire, est sous la direction de l'inspecteur en chef des maladies contagieuses.

“Les chiffres suivants donnent une idée de l'ouvrage accompli au laboratoire de bactériologie durant l'année 1896 : examens de 25,049 cultures (diphthérie), de 1856 échantillons de crachats (tuberculose) ; production de 16,796 flacons de sérum antidiphthérique ; traitement à domicile de 918 cas de diphthérie par les médecins attachés au laboratoire ; immunisation de 1214 personnes.

“Après la déclaration d'un cas de maladie contagieuse, l'isolement et la désinfection sont rendus obligatoires.

“L'inspection est confiée à deux classes d'inspecteurs, ceux qui sont médecins et ceux qui ne le sont pas. Les inspecteurs médicaux comprennent : les inspecteurs de districts, les vaccinateurs de districts et les vaccinateurs spéciaux, les inspecteurs chargés d'administrer le sérum antidiphthérique, les médecins chargés de diagnostiquer les maladies, les inspecteurs d'été, les inspecteurs d'écoles, les inspecteurs vétérinaires. Il y a aussi des inspecteurs sanitaires, des inspecteurs des aliments, des inspecteurs du plombage et de la ventilation, la police sanitaire, les inspecteurs des commerces dangereux, les inspecteurs de la viande, du lait, les inspecteurs des établissements de commerce (ce dernier corps surveille spécialement le travail que l'on fait faire aux femmes et aux enfants).

HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA DIPHTÉRIE.

“La connaissance de l'existence d'un cas de diphthérie parvient au département, soit par le rapport direct du médecin qui traite le cas, soit par l'envoi d'une culture au laboratoire, pour examen bactériologique, dans les cas douteux. Si l'examen de la culture révèle la présence des bacilles de Lœffler, le cas est rapporté des laboratoires à la division des maladies contagieuses, en même temps qu'un rapport est envoyé au médecin traitant. Dans les deux cas, la chose est remise entre les mains de l'inspecteur médical attaché à la division des maladies contagieuses du district où le cas s'est déclaré. Si la personne vit dans une maison de pension ou un hôtel, si aucune culture n'a déjà été faite par le médecin traitant, l'inspecteur, dans les deux cas, fait une culture pour confirmer le diagnostic. L'action subséquente du département dépend du résultat de cette culture. Si l'on trouve des bacilles de la diphthérie, on traite le cas comme étant de la diphthérie ; s'ils sont absents, le traitement subséquent dépend des conditions spéciales qui existent. Chaque fois que le cas se trouve être de la diphthérie, le médecin traitant ou le médecin inspecteur du district fait au bout de dix jours une nouvelle culture pour s'assurer s'il y a encore dans la gorge des bacilles, et l'on répète ensuite ces cultures à de courts intervalles jusqu'à ce que l'examen démontre qu'il n'y a plus de bacilles. Le cas est alors rapporté pour la désinfection, et l'inspecteur médical en charge du cas laisse au domicile des instructions détaillées pour guider les désinfecteurs sur ce qu'ils ont à faire.

“Un corps spécial d'inspecteurs est chargé de l'administration de l'antitoxine de la diphthérie, et l'un de ces inspecteurs, sur demande, visitera la personne atteinte de la maladie, dans n'importe quelle partie de la ville, que ce soit le jour ou la nuit, et administrera l'antitoxine sous la direction du médecin traitant. Quand les malades sont trop pauvres pour avoir un médecin, les inspecteurs surveillent leur transport à l'hôpital. Ces inspecteurs sont aussi prêts, sur la demande du médecin traitant, à faire l'intubation dans la diphthérie laryngée. La pratique ordinaire, quand un inspecteur administre l'antitoxine,

est d'immuniser tous les membres de la famille qui ont été exposés à la maladie. On a aussi employé largement l'antitoxine diphtérique dans l'immunisation des pensionnaires des institutions publiques, surtout les enfants, lorsque la diphtérie apparaît. Ceci est une pratique ordinaire qui a permis chaque fois, depuis deux ans et demi, d'arrêter promptement la diphtérie dans ces institutions.

"Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'antitoxine diphtérique est fournie gratuitement à toutes les institutions publiques, et, dans chacun des 100 dépôts où elle est en vente, les médecins peuvent s'en procurer gratuitement pour leurs malades pauvres.

"Pour ce qui regarde l'étude de la diphtérie, on fait constamment des recherches pour établir le degré de virulence des bacilles de la diphtérie trouvés dans les gorges saines, dans l'angine catarrhale simple et l'amygdalite folliculaire, et enfin sur tous les points relatifs à l'étude de cette maladie."

L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

"Le Bureau de Santé de la ville de New-York, sortant des sentiers suivis jusqu'ici par la plupart des bureaux de santé, sur qui la force des idées longtemps reconnues pèse encore, a eu le courage de ses convictions scientifiques, et s'occupe depuis 1889 de la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. Après avoir, en 1889, commencé une propagande littéraire afin d'intéresser le public et les médecins à la question, le Bureau prit, en 1893, les premières mesures préventives.

"Les mesures adoptées alors exigeaient la déclaration de tous les cas de tuberculose pulmonaire survenant dans les institutions publiques, ainsi qu'un rapport des cas traités dans la pratique des médecins privés. Elles prévoyaient aussi à l'organisation de l'examen bactériologique des crachats, afin d'aider au diagnostic précoce de la maladie; à l'inspection de tous les cas rapportés dans les maisons de pension et les hôtels, ainsi qu'à l'éducation des malades et de leurs familles, sur la nature contagieuse de la maladie et les moyens de la prévenir; à l'inspection des demeures où des cas de mort étaient rapportés comme étant causés par la tuberculose, ainsi qu'à des règlements obligeant, quand on le jugeait nécessaire, les propriétaires des appartements occupés par des consommateurs et devenus vacants par suite de mortalité ou de changement de domicile, à renouveler complètement ces appartements en les nettoyant et en les faisant peindre, tapissés ou *kalsominés* avant qu'ils ne fussent occupés par d'autres personnes; et finalement à l'éducation du public, par des mesures larges et faciles à comprendre, sur la nature de la maladie.

"On plaça des placards à la porte des appartements rendus vacants par la mortalité ou le changement de domicile, afin d'empêcher que ces appartements ne fussent occupés de nouveau avant qu'on n'ait obéi aux ordres donnés pour leur renouvellement.

"Comme résultat de la mise en force de ces moyens, 4,166 cas de tuberculose furent rapportés en 1894, 5818 en 1895 et 8334 en 1896. Chaque cas, autant que possible, excepté dans les demeures privées, furent visités et les logements où ils avaient vécu inspectés, et de plus les logements occupés par des personnes mortes de tuberculose (au nombre, chaque année, de près de 6,000) furent inspectés: on agissait ensuite suivant ce qui était jugé désirable et possible de faire. Durant ces trois années, les logements et les malades ainsi observés se montèrent à 35,000

"Ces faits donnent une idée de l'énorme importance sanitaire du sujet. On calcule qu'il y a aujourd'hui, à New-York, 26,000 cas de tuberculose pulmonaire bien établis et reconnus, et un nombre additionnel considérable de formes obscures et à l'état latent de la maladie. Une proportion considérable des premiers cas constituent des centres plus ou moins dangereux d'infection, la grandeur du danger dans chaque cas dépendant de l'intelligence et du soin exercés dans la destruction de l'expectoration. Toute la souffrance et la mortalité

qui résultent de l'existence de cette maladie, si l'on en croit les connaissances scientifiques modernes, sont dans une grande mesure évitables si l'on applique avec soin des mesures simples, bien comprises et faciles de propreté, de désinfection et d'isolement."

Cette année (1897), le Bureau de Santé a déclaré, dans ses règlements, que la tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse, communicable et dangereuse pour la santé publique, qu'il faut séparer des fièvres éruptives, mais qu'on devra déclarer chaque fois qu'on en constatera un cas dans la ville. Pendant ces quatre dernières années, le Bureau a donné l'ordre à des milliers de propriétaires de renouveler des appartements occupés par des consomptifs et n'a pas éprouvé de difficultés à faire observer ses règlements. Les institutions publiques, les hôpitaux, les asiles, les refuges, etc., sont obligés non seulement de déclarer le nom, la dernière adresse, le sexe, l'âge et l'occupation de chaque cas qui tombe sous leur observation, et cela dès la première semaine, mais encore de notifier le département du renvoi ou du transport de ces patients. Le but de cette manière d'agir est de maintenir sous une surveillance plus ou moins constante ces cas de tuberculose pulmonaire qui surviennent dans les classes les plus pauvres de la population, c'est-à-dire ceux qui sont le plus facilement susceptibles de devenir une source d'infection dangereuse pour les autres.

L'auteur considère qu'il est impossible de prendre des mesures suffisamment efficaces pour la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, dans les classes pauvres, sans l'établissement d'hôpitaux spéciaux chargés de soigner exclusivement cette maladie contagieuse.

Afin d'éviter la propagation de la tuberculose des animaux à l'homme, personne ne peut vendre du lait à New-York sans un permis du Bureau de Santé (1895), et aussi sans que la voiture qui sert au transport du lait soit approuvée par le Bureau. Pour obtenir ce permis, le marchand doit fournir des renseignements sur la provenance du lait, le nombre des animaux, la qualité de l'aliment et l'état sanitaire des environs de la ferme. Le Bureau annule ces permis lorsqu'il constate que ses règlements ne sont pas observés. On fait subir, en ce moment, sous la direction du Bureau de Santé, l'épreuve de la tuberculine aux 3,000 vaches laitières que l'on trouve dans la ville de New-York, et celles qui sont reconnues tuberculeuses sont abattues : on a l'intention ensuite d'appliquer la même mesure à toutes les vaches dont le lait est vendu en ville.

"Les mesures prises pour établir la prophylaxie de la tuberculose ont déjà donné de bons résultats. Non seulement la mortalité par cette maladie a diminué notablement, mais on constate encore une amélioration satisfaisante dans les notions des classes les plus pauvres sur cette maladie. Les inspecteurs constatent, dès leur première visite, dans presque la moitié des cas signalés dans les quartiers pauvres de la ville, que l'on prend déjà des mesures prophylactiques plus ou moins efficaces. Par exemple, on emploiera, pour recevoir les crachats, à la place des mouchoirs, des guenilles que l'on jette ensuite au feu ; on emploiera aussi des vases contenant de l'eau ou des solutions antiseptiques ; on séparera le linge du malade de celui des autres personnes, et ainsi de suite

"Cette amélioration de l'intelligence, et les précautions qui en résultent donnent le plus grand espoir pour la diminution persistante et plus rapide encore, dans le futur, du nombre des cas et de l'effrayante mortalité causée par les maladies tuberculeuses."

L'INSPECTION, DES ÉCOLES.

"Au commencement de cette année 1897, suivant les instructions du Bureau d'Evaluation, le Bureau de Santé a nommé 150 médecins-inspecteurs d'écoles, après leur avoir fait subir les examens exigés pour l'entrée au service civil. Les devoirs de ces inspecteurs consistent à examiner, chaque jour, à l'ouverture des divers départements de chacune des écoles publiques, paroissiales ou industrielles, tous

les enfants qui sont mis à part par leurs maîtres de classe respectifs comme ne paraissant pas tout à fait bien. Ces enfants sont examinés, dans chaque école, par l'inspecteur attaché à l'école, et, suivant le résultat de l'examen, ils sont exclus de l'école ou renvoyés en classe. Tout élève trouvé souffrant de quelque maladie générale contagieuse, ou de maladie contagieuse des yeux, ou de maladie parasitaire de la peau est renvoyé chez lui, porteur d'un écrit expliquant aux parents la cause de son renvoi, et dans les cas de maladie éruptive ou de diphtérie les rapports sont envoyés immédiatement à l'inspecteur en chef des maladies contagieuses, qui les transmet aux différents inspecteurs médicaux de district pour l'inspection et la surveillance.

“ Durant les trois mois (65 jours d'école) où ce système a été mis en opération, on a examiné 63 912 enfants tenus à l'écart par les maîtres comme ne paraissant pas parfaitement bien, et sur le nombre 4,183 ont été exclus pour les raisons suivantes :

Rougeole.....	88
Diphtérie.....	167
Scarlatine.....	32
Croup	11
Coqueluche.....	26
Oreillons.....	117
Maladies contagieuses de l'œil.....	702
Maladies parasitaires de la tête.....	2,627
Maladies parasitaires du corps.....	108
Varicelle.....	130
Maladies de peau.....	175
	4,183

“ Les enfants exclus parce qu'on les croyait atteints de rougeole, scarlatine, diphtérie ou varicelle furent ensuite visités par les inspecteurs médicaux et le diagnostic confirmé dans la majorité des cas.”

Le Bureau de Santé distribue à profusion, surtout dans les quartiers populeux, de la littérature médicale populaire sur les maladies contagieuses, leur diagnostic, leur traitement, les précautions à prendre, etc. Ces écrits sont aussi publiés dans les journaux quotidiens. Le laboratoire de bactériologie distribue en outre aux médecins un bulletin de ses recherches.

L'auteur étudie ensuite les statistiques de la mortalité à New-York, qui font voir une grande diminution dans la mortalité par maladies contagieuses. Il fait part du désir qu'a le Bureau de perfectionner son organisation au fur et à mesure que les progrès scientifiques le permettront. Il souligne son efficacité actuelle, rendue possible par l'étendue des pouvoirs que la loi lui accorde et par l'approbation unanime de la presse quotidienne. Il termine en rappelant la belle organisation sanitaire de l'Angleterre, et en disant qu'il n'a raconté aussi au long celle de New-York qu'afin que les deux nations de langue anglaise puissent par l'intermédiaire de l'Association, se mieux connaître, pour le plus grand bien de la médecine prophylactique, et afin que la population de chacune de ces nations puisse vivre une vie plus saine, et par conséquent plus longue et plus heureuse.

De la rubéole.—M. le Dr NODÉ, du Chambon-Feugerolles, a soumis au Congrès de l'avancement des sciences les observations de six cas de rubéole, qu'il a eu l'occasion d'observer, et il en tire les conclusions suivantes : la rubéole est contagieuse comme la rougeole avant la période éruptive. L'incubation dans les cas observés a été de quinze à seize jours. A signaler l'apparition de violentes coliques survenues deux fois sur six la veille de l'éruption. Enfin, si la rubéole est une affection très bénigne dans la grande majorité des cas, elle peut faire apparaître des angines graves suivies d'otites chez des enfants prédisposés.

TRAVAUX DES SECTIONS.

MÉDECINE.

INFLUENCES QUI ONT DÉTERMINÉ LE PROGRÈS DE LA MÉDECINE DURANT CES DEUX DERNIERS SIÈCLES ET DEMI.

(Discours d'ouverture).

Dr STEPHEN MACKENZIE (de Londres).—L'auteur fait un tableau de l'état de la médecine, lorsque les premiers Européens débarquent au Canada. L'influence qui se fit sentir la première, ce fut l'étude de l'anatomie. Puis ce fut l'étude de l'histologie, grâce au microscope. De même que l'anatomie dut atteindre un certain degré de perfection, avant que la physiologie et l'anatomie pathologique devinssent possibles, de même l'histologie normale dut faire des progrès avant que l'histologie pathologique prisse naissance. A leur tour, ces progrès ont amené l'étude de la bactériologie. L'auteur rappelle ensuite les notions acquises par l'usage du thermomètre, de l'ophtalmoscope, du laryngoscope, du sphygmographe, etc., etc. Parlant de l'auscultation, il dit que le diagnostic des maladies de la poitrine a atteint un degré de précision qu'aucune autre branche de la médecine clinique n'a égalé. Il est curieux de noter, à propos de vaccination, que quelque grand que soit le progrès des sciences médicales, quelque précises que soient en général les méthodes de recherches, deux des principales maladies contre lesquelles la prophylaxie et l'immunisation ont eut le plus de succès, la variole, dont Jenner fut le premier vaccinateur, et la rage, dont Pasteur a pu atténuer le virus et l'employer comme antidote, sont des maladies dont on n'a pu trouver les micro-organismes, c'est-à-dire le virus véritable, à moins toutefois que Copeman Moneton ait pu le faire enfin pour la variole et la vaccine.

En thérapeutique, jusqu'à aujourd'hui, c'est la thérapeutique scientifique qui a exercé le plus d'influence sur la médecine. La médecine préventive a remporté les plus grands triomphes et en remportera d'autres encore. L'œuvre de Jenner, de Pasteur, de Lister, de Koch, et autres précurseurs de la médecine préventive, a sauvé plus de vies que n'a pu le faire la médecine thérapeutique. L'une des influences qui a donné de l'élan aux études scientifiques, c'est la création des systèmes universitaires. En médecine clinique, on a fait beaucoup de progrès dans l'étude des fièvres, surtout de la malaria. L'un des points les plus importants a été la distinction établie entre la fièvre typhoïde et le typhus. L'œuvre de Bright, de Wallace et d'autres sur les maladies des reins est bien connue. L'un des triomphes de la médecine moderne, a été de reconnaître la liaison qui existe entre l'augmentation de la tension artérielle et les maladies du rein, et son effet éloigné sur la production des hémorrhagies cérébrales.

L'auteur parle ensuite, assez au long, des progrès accomplis dans l'étude des maladies nerveuses, la maladie d'Addison et le myxœdème. Il conclut en disant que l'on a ajouté plusieurs années à la période la plus utile et la plus appréciée de la vie, et qu'on a amené une diminution manifeste dans la mortalité causée par la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.

L'ARTHRITE DÉFORMANTE ET SES RELATIONS AVEC LA PHTISIE, LE RHUMATISME ET LES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

DR JAMES STEWART (de Montréal).—L'auteur donne une analyse de quarante cas, dans lesquels les facteurs suivants accompagnaient ou précédaient la maladie : rhumatisme, tuberculeuse, maladies nerveuses, exposition au froid alcoolisme, mais beaucoup plus fréquemment encore gonorrhée; 15 pour cent n'avaient pas de cause apparente. L'auteur croit que les symptômes indiquent fortement l'existence d'un processus infectieux préalable. Il n'admet pas l'idée d'une origine nerveuse de la maladie, et considère qu'on n'en a aucune preuve. La phtisie intervient d'une manière indirecte, et comme toute influence déprimante, en abaissant la vitalité et favorisant l'éclosion de la maladie. Il pense que les relations avec le rhumatisme sont très étroites, et c'est un point important, car le rhumatisme, suivant toute probabilité, a une origine microbienne. De futures recherches sur ce point donneront certainement les meilleurs résultats. Quant au traitement, l'usage prolongé de l'arsenic et de l'huile de foie de morue est pour lui la médication la plus utile; mais il a employé récemment les bains d'air chaud avec beaucoup de soulagement dans la douleur, et quelque amélioration dans les mouvements. En terminant, l'auteur exprime la croyance que si la maladie n'a aucune relation avec le tubercule, il est probable qu'elle en a avec le rhumatisme et les maladies du système nerveux.

PROF. OSLER (de Baltimore).—Il est difficile de séparer l'arthrite déformante du rhumatisme chronique. La similitude que l'on trouve parfois entre certaines lésions de la moelle épinière et l'arthrite rhumatoïde indique une relation entre ces maladies.

DR JACOBI (de New-York).—Il y a une différence marquée entre l'arthrite rhumatoïde et le rhumatisme chronique. Il penche du côté de la théorie nerveuse, et ne croit pas à l'origine infectieuse.

DR GRAHAM (de Toronto).—La goutte, le rhumatisme chronique et l'arthrite déformante sont quelquefois difficiles à séparer. Il faut attendre des connaissances pathologiques plus complètes.

FORMES ET TRAITEMENT DE L'INSOMNIE.

DR HENRY BARNES (de Carlisle).—Lorsque l'on considère le traitement de l'insomnie, la première question à décider est celle-ci : " Le patient souffre-t-il réellement du manque de sommeil ? " J'ai l'habitude de dire aux patients qui m'ennuient pour avoir des potions calmantes, qu'une heure de sommeil naturel vaut quatre à cinq fois la même somme de sommeil médicamenteux, et leur fera beaucoup plus de bien. L'absence de sommeil est très affligeante et très pénible pour le patient et son entourage, mais nous ne devons accepter les affirmations des patients qu'avec défiance, car ils prétendent souvent avoir eu une période de sommeil beaucoup plus courte qu'elle n'a été en réalité. Les malades contractent facilement l'habitude de prendre, sans nécessité, des potions calmantes. L'habitude de la morphine, du chloral, du sulfonal, est facile à contracter, mais pas aussi facile à guérir. Il ne faut prescrire les hypnotiques qu'avec circonspection, lorsqu'ils sont réellement indiqués, et suivant les individus. Le sommeil est un rénovateur merveilleux de la force nerveuse, mais le sommeil naturel seul est bon.

On peut produire le sommeil de deux manières : (1) En diminuant l'apport du sang au cerveau ; (2) en diminuant l'activité fonctionnelle des cellules cérébrales. On atteint le premier de ces deux buts en faisant disparaître tout ce qui tend à augmenter la force de l'afflux sanguin au cerveau, en assurant au corps un degré de chaleur et de confort suffisant, en faisant prendre un bain chaud au moment du coucher, et en prêtant une grande attention à l'état général de la santé. L'une des causes de l'insomnie n'est pas suffisamment connue : c'est la

goutte. L'insomnie est commune chez les gouteux. Tout le monde sait la soudaineté avec laquelle le sommeil est interrompu aux petites heures du matin par le paroxysme de la goutte aiguë. L'insomnie causée par la dyspepsie, acide ou fermentative, est une des formes simples du manque de sommeil. D'après Duckworth, c'est Cullen qui a le premier attiré l'attention sur ce fait. Cullen dit : " Les personnes qui souffrent d'une faiblesse de l'estomac, comme moi, depuis nombre d'années, savent que certains aliments, sans qu'elles s'en rendent bien compte, les empêchent de dormir. J'ai été réveillé des centaines de fois à deux heures du matin sans ressentir rien de particulier, mais je savais que j'avais été éveillé par le fonctionnement anormal de mon estomac, et je me rappelais alors ce que j'avais pris à dîner, et qui me valait cela." Murchison a décrit une forme d'insomnie qu'il attribue à un dérangement hépatique, produisant les formes variées de la goutte. L'insomnie est subite. Le malade se met au lit en apparence très bien, et s'endort comme à l'ordinaire. Soudain le sommeil est interrompu, et il existe parfois de la nausée et du malaise stomacal pour deux ou trois heures. Je suis porté à croire que l'origine gouteuse de l'insomnie est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Dans ces cas une gorgée d'eau chaude, ou d'eau de potasse et de sel volatil, donne du soulagement ; mais la diète suivie avec soin, l'air pur et l'exercice abondant sont nécessaires pour empêcher la réapparition du mal. La rhubarbe et la soude, ou poudre de Grégory, au coucher, sont très utiles.

L'insomnie dépend quelquefois, surtout chez les personnes âgées, de l'athérome des artères, qui leur fait perdre leur pouvoir contractile et les rend incapables de régulariser le courant sanguin dans le cerveau. L'iodure de potasse dans ces cas est utile, et l'addition de quelques grains de bromure aidera à calmer les cellules cérébrales.

Pour les autres formes de l'insomnie, je m'en rapporte surtout à la paralaldélyde. Les malades n'en aiment pas le goût, et sont moins exposés à en prendre l'habitude. Ce remède est particulièrement utile et sûr dans les affections cardiaques, les inflammations aiguës du poumon, les fièvres et le délirium tremens.

Dans l'insomnie mentale, j'emploie le sulfonal jusqu'à la dose de trente grains et le trional jusqu'à la dose de vingt grains, et je suis tellement satisfait de leurs résultats que je n'emploie aucun autre des nouveaux hypnotiques.

TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DU DIABÈTE.

Dr SAUNBY (de Birmingham).—La diète ordinaire du diabétique, avec ses restrictions sévères, ne peut être suivie que par l'autorité du médecin et la docilité du patient. Les compromis sont généralement de règle, mais parce que le médecin sacrifie son opinion aux exigences du malade. Les diabètes sucrés forment un groupe clinique dont la cause et la classification propre sont encore discutables. Ceci ne doit pas cependant nous guider dans le traitement. La glycosurie est un phénomène anormal, qui survient quand le montant des principes azotés ingérés dépasse le pouvoir utilisateur de l'économie. Ce pouvoir varie avec les différents individus, et peut-être chez le même individu à divers moments. Ceux qui deviennent facilement glycosuriques après un léger excès sont en relation étroite avec les formes légères du diabète. Dans les diabètes sévères, la glycosurie persiste même avec la diète carnée—fait que l'on explique par la formation d'une molécule d'azotate lorsque l'albumine est convertie en urée. Il n'y a donc pas de raisons physiologiques, dans les diabètes sévères, à persévérer dans une diète stricte dans l'espoir de supprimer la glycosurie. Le traitement doit trouver sa justification dans les résultats cliniques, et ne doit pas être mené trop loin par nos préjugés en faveur de telle ou telle doctrine pathologique discutée. Plutôt que de suivre une routine aveugle, nous devrions donner à chaque cas autant de principes azotés qu'il peut assimiler. Des principes azotés, il vaut mieux donner $1\frac{1}{2}$ pinte de lait, 6 onces de

pommes de terre cuites au four, $1\frac{1}{2}$ de lévulose, et, dans les cas légers, $4\frac{1}{2}$ onces de pain rôti sec. L'un des repas sera composé, s'il est possible, de bacon gras, mais les diabétiques paraissent mal absorber la graisse.

Lorsqu'il n'y a pas d'albuminurie, on peut permettre 4 onces d'alcool par jour, bien dilué dans de l'eau minéral, ou, dans les cas légers, une bouteille de Moselle ou de Bordeaux léger, ou même une pinte de bière amère. Il importe beaucoup de prescrire une quantité définie, et d'éprouver l'effet de la diète en prenant chaque semaine le poids du corps et mesurant la quantité d'urine et de sucre. La première de ces trois mesures est la plus importante.

Dr SHINGLETON SMITH (de Bristol).—Il est important de faire une distinction entre les variétés du diabète. Il hésiterait, dans les diabètes des jeunes personnes, à permettre quelque liberté. Chez les personnes plus âgées, une latitude plus grande est indispensable. Il a tenu sous observation pendant quinze ans un cas chez qui la plus légère déviation de la diète ordinaire des diabétiques était invariablement suivie de la réapparition du sucre dans l'urine.

Dr DUNCAN (de Glasgow).—On doit faire suivre aux diabétiques la diète sévère jusqu'à ce qu'on ait obtenu des résultats évidents, et n'accorder de latitude que lorsque des symptômes de débilité surviennent.

Dr TYSON (de Philadelphie).—Tant que le sucre est à deux pour cent, il est en faveur d'un degré considérable de liberté. Il surveille l'urine et accorde autant de liberté que les circonstances et le malade le lui permettent.

Dr JACOBI (de New-York).—Il fait varier la diète avec l'âge du patient. Il ne voit pas de contre-indications à l'usage du lait.

ATONIE DU RECTUM.

Dr ARCHESON (de Galt).—La défécation est un acte physiologique en partie volontaire et en partie involontaire. L'affaiblissement du système nerveux musculaire cause la constipation. C'est un fait important à reconnaître si l'on veut appliquer un traitement favorable. L'usage fréquent des grands lavements d'eau chaude cause la constipation en relâchant et dilatant le rectum. C'est aussi le cas, mais à un degré moindre, pour les lavements froids. La maladie, à part les sensations subjectives désagréables, cause le vertige, l'hystérie, l'hypochondrie et autres troubles physiques. Ces symptômes, et l'examen digital, aident à faire le diagnostic. La suppression de la cause, l'usage d'aliments plus grossiers, de liquides, l'exercice, les bains et surtout les habitudes régulières constituent le traitement. On ne doit pas, règle générale, employer les purgatifs, mais des agents nervoso-musculaires, tels que la noix vomique, combinée à la belladone et à l'ipéca, etc... On peut y joindre de légers lavements froids ou astringents. Il peut être nécessaire de dilater le sphincter et de vider l'ampoule rectale sous chloroforme.

LE MICROBE DE LA COQUELUCHE

Dr HENRY KOPLIK (de New-York).—L'auteur a isolé un bacille qu'il croit être la cause de la coqueluche. Il en décrit les caractères morphologiques, les méthodes de culture, etc. Il a trouvé ce microbe dans treize cas de coqueluche sur seize. Il espère pouvoir donner de nouveaux détails assez prochainement.

DISPARITION DES SOUFFLES ENDOCARDIQUES

Dr MUSSER (de Philadelphie).—Les souffles du cœur, particulièrement ceux du rétrécissement mitral, de l'insuffisance mitrale et de l'insuffisance organique, disparaissent occasionnellement. D'après ce qu'il a lu dans la littérature médicale et d'après son expérience personnelle, les bruits du rétrécissement

mitral apparaissent et disparaissent de temps à autre; les bruits de l'insuffisance aortique disparaissent rarement, et quand cela arrive, c'est dû à un changement organique pathologique; les bruits de l'insuffisance mitrale peuvent dépendre de la dilatation avec insuffisance et changer de temps à autre.

LA LITHIASÉ BILIAIRE.

DR. WILLIAM HUNTER (de Londres).—Les concrétions sont formées dans les canaux intra-hépatiques de bilirubine de chaux; dans les canaux hépatiques, de bilirubine de chaux et de cholestérine; dans la vésicule biliaire, de bilirubine de chaux, de cholestérine et d'un produit albumineux amené par l'inflammation catarrhale de l'organe. La cholestérine est fournie par l'altération dégénérative des tissus épithéliaux qui tapissent surtout la vésicule biliaire; le corps albumineux précipite la bilirubine de chaux, amenant ainsi la formation des calculs. Des microbes sont souvent en cause; on a trouvé fréquemment dans la vésicule des bacilles de la fièvre typhoïde et des bacillus coli commune qui, par leur action irritante, avaient amené une inflammation catarrhale. Il attribue la formation des calculs biliaires à l'infection des conduits biliaires par des microbes, et à l'action de quelque substance irritante sécrétée dans la bile. Le second groupe est surtout susceptible de traitement médical. Il s'agit de laver les cellules hépatiques avec de l'eau, et il a grande confiance pour cela aux eaux de Carlsbad et de Vichy. L'huile d'olive serait utile pour dissoudre les calculs formés, mais il n'est pas certain qu'elle passe dans les canaux biliaires.

DR. GRAHAM (de Toronto).—La difficulté du diagnostic entre la colique biliaire, le spasme du pylore, l'abcès hépatique et le carcinome de la vésicule biliaire est due souvent au manque de soin dans l'observation du malade et la recherche de son histoire antérieure. Il insiste sur la nécessité de rechercher avec soin dans l'urine la présence des pigments biliaires dans tous les cas où l'on a de la misère à établir un diagnostic.

DR. OSLER (de Baltimore).—L'auteur rappelle les relations qui existent entre le bacille de la fièvre typhoïde et la lithiasé biliaire. Il en a vu quatre cas en deux ans et la croit plus fréquente qu'on ne le suppose. Dans les cas de calculs biliaires, la colique indique souvent une infection aiguë qui se révèle par la fièvre, la tuméfaction de la rate et l'albumine dans les urines. On a trouvé, par des ponctions, des microbes dans la rate et la vésicule. Bien plus, dans l'association de la fièvre avec la lithiasé, l'auteur distingue quatre groupes; (1) Fièvre avec frisson n'indiquant pas nécessairement une infection; (2) Fièvre associée à la cholecystite aiguë, fièvre rémittente, non accompagnée de frissons, dont les symptômes deviennent ceux de la suppuration; (3) Fièvre hépatique intermittente limitée aux cas ressemblant à la fièvre malaria et n'offrant aucun symptôme entre les attaques; (4) Fièvre avec processus suppuratif soit dans la vésicule biliaire, soit dans le foie. Les chirurgiens ont contribué beaucoup à étendre nos connaissances sur la lithiasé biliaire.

COQUELUCHE.

Antipyrine	15 grains
Sirop de groseilles	24 drachmes
Eau de Vichy.....	80 — 2½ onces

par cuillerées à dessert, après les quintes, et on conseille de faire prendre, de suite après la potion, soit un peu de lait, soit un peu de bouillon. Quant aux doses quotidiennes, elles doivent osciller, pour M. Le Goff, entre 15 et 45 grains d'antipyrine pour les enfants au-dessus de deux ans, et entre 8 et 15 grains au-dessous de cet âge.

CHIRURGIE.

L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE.

Dr CHRISTOPHER HEATH, de Londres (discours d'ouverture).—Après avoir rappelé les deux sujets de chirurgie placés sur le programme pour la discussion, l'appendicite et le cancer du rectum, le président constate que les progrès récents de la chirurgie abdominale sont vraiment remarquables. L'auteur s'est occupé, il y a douze ans, de la publication d'un dictionnaire de chirurgie pratique, et bien qu'il fut assisté dans cette œuvre par les meilleurs chirurgiens des hôpitaux de Londres, l'on n'y faisait mention ni de l'appendicite, ni de l'enlèvement du rectum par la méthode de Kraske. L'article de Kraske date de 1885, et la première mention de l'appendicite faite en Angleterre date d'une communication de M. Treves faite en 1888 à la Société Royale de Chirurgie. Les travaux de Morris et de Robson en Angleterre, ceux de Keen aux États-Unis ont fait progresser la chirurgie du rein et du foie.

Parlant du traitement de la pierre, l'auteur raconte avoir vu, il y a 40 ans, Fergusson opérer par la méthode latérale avec brio, mais perdre un grand nombre de malades par septicémie. Plus tard, il a souvent constaté l'habileté de son collègue Thompson dans le broiement de la pierre en plusieurs séances au moyen du lithotriteur. Puis est venue la litholapaxie, ou lithotritie rapide, que nous devons au grand chirurgien américain Bigelow. Dernièrement, le chirurgien scandinave Petersen a remis en honneur l'ancienne opération sus-pubienne. L'étudiant, aujourd'hui, voit rarement faire une taille vésicale, et s'intéresse peu à l'anatomie de cette partie. Il semble que l'on juge l'anatomie peu nécessaire en pratique.

L'auteur regrette que l'enseignement de l'anatomie, du moins en Angleterre, soit entre les mains de gens qui ne sont pas chirurgiens, ce qui leur fait délaissier les points chirurgicaux pour des détails inutiles. Il déplore la coutume de ne pas admettre les étudiants aux cliniques avant qu'ils aient passé leurs examens d'anatomie et de physiologie, ce qui leur laisse ensuite un temps insuffisant pour l'étude clinique des malades. Les étudiants consacrent une grande partie de leur temps à l'auscultation, la thérapeutique, les pansements gynécologiques, les examens pathologiques, mais ils négligent la chirurgie ou n'y consacrent que quelques mois. Et cependant, grâce aux anesthésiques et aux antiseptiques, la chirurgie n'a jamais été aussi en honneur qu'aujourd'hui parmi les praticiens en général.

D'où vient cette contradiction apparente? C'est que d'abord un grand nombre d'opérations ne sont entreprises que pour éclaircir le cas. C'est qu'ensuite, l'anesthésie permettant de prendre son temps, le chirurgien le moins habile peut espérer terminer son opération d'une manière satisfaisante pour lui-même et, si les circonstances le favorisent, pour le malade. Enfin la facilité avec laquelle tout le monde peut proclamer un succès dans une société ou le publier dans un journal y est bien pour quelque chose. Il n'est donc pas étonnant de voir de jeunes chirurgiens dont les connaissances sont peu étendues devenir rapidement des chirurgiens spécialistes, et essayer non sans succès de prouver que tout ce qui tombe dans leurs filets est poisson.

Cependant, sans les connaissances voulues de l'anatomie, la pathologie et l'histologie, le progrès en chirurgie est impossible, et c'est à ceux qui sont aujourd'hui professeurs dans nos grandes écoles de médecine d'exiger des étudiants un entraînement théorique et pratique suffisant pour leur permettre de devenir par la suite des praticiens heureux. Il s'agit aussi d'empêcher que chaque professeur croie que sa branche seule est nécessaire à l'étudiant, et faire en sorte que les études préliminaires ne prennent pas tout le temps de ce dernier.

L'APPENDICITE.

Dr ARMSTRONG (de Montréal).—Pour ce qui concerne l'étiologie, tout ce qui peut altérer la membrane muqueuse peut causer l'appendicite. Il rapporte 517 cas traités dans les hôpitaux de Montréal : 67 cas moururent, dont 36 de péritonite septique. Cette statistique semble prouver que l'intervention est justifiable dans presque tous les cas d'appendicite. L'opération, la plupart du temps, doit être faite à bonne heure. L'usage des purgatifs et de l'opium lui semble dangereux. Il faut, dans la plupart des cas, enlever aussi complètement que possible la paroi de l'abcès. Il établit le drainage avec deux ou trois larges tubes de caoutchouc, un dans chaque aïne et un dans le bassin. L'emploi de la gaze pour drainer le pus ne lui a jamais donné satisfaction. Les cataplasmes calment très bien la douleur.

Dr WARD COUSINS (de Southsea).—La douleur est un symptôme précoce ; elle disparaît quand la marche est favorable, et se maintient dans le cas contraire. Il opère lorsqu'il n'y a pas d'amélioration au bout de deux à trois jours. Il préfère une incision oblique et les sutures à la soie plutôt que les rétracteurs, qui meurtrissent les tissus. Il ne touche pas à la paroi de l'abcès, mais se contente de bien vider ce dernier.

Dr BALL (de Dublin).—Il divise les cas aigus en trois classes : les foudroyants, ceux qui s'accompagnent de formation d'abcès, et ceux dont les symptômes n'indiquent nullement si la maladie fait des progrès ou non. C'est dans ce dernier cas qu'il est difficile de décider si l'on doit opérer ou non.

Dr JORDAN LLOYD (de Birmingham).—Divise l'appendicite en deux classes : cas limités à l'appendice, cas accompagnés d'inflammation péri-appendiculaire.

Sir WILLIAM HINGSTON (de Montréal).—Il faut se fier aux cas de pratique privée plutôt qu'aux statistiques d'hôpital. Souvent l'intervention mal à propos peut avoir une terminaison fatale.

Dr VANDER VEER (d'Albany).—La localisation de l'appendice n'est pas toujours la même. Il opère après une seconde attaque. Il enlève autant de tissus malade qu'il est possible, comme le veut le Dr Armstrong. Il conseille au médecin de famille de ne pas attendre qu'il ait trouvé le point de McBurney, quoique sa présence soit d'une grande valeur. Opérer à bonne heure est le point important.

Dr FERGUSON (de Chicago).—Il conseille d'opérer tous les cas lorsque le diagnostic est clair et la maladie non compliquée, parcequ'alors l'opération est facile et donne les meilleurs résultats.

Dr GORDON (de Portland).—Il traite les malades durant l'attaque par le traitement salin, et n'opère qu'après l'attaque. Il vide l'abcès par une simple incision.

Dr CHRISTOPHER HEATH.—Il ne faut pas opérer tous les cas aigus. Pour soulager la douleur, il applique de la teinture de belladone sur la région du cæcum et par-dessus un bon cataplasme de graine de lin. Le repos au lit et une diète soignée sont très importants.

L'OPÉRATION DE KRASKE DANS LE CANCER DU RECTUM.

Dr JAMES BELL (de Montréal).—Le diagnostic précoce du cancer du rectum est difficile, à cause de la nature mal définie des symptômes. Le premier symptôme grave peut être une péritonite générale due à une rupture du rectum et au déversement du contenu dans la cavité péritonéale. De toutes les méthodes recommandées il préfère l'opération de Kraske par la voie sacrée. Il aime mieux faire une colotomie inguinale préliminaire, afin de trouver la limite supérieure de la tumeur et de libérer l'intestin. Le procédé est aussi plus commode lorsqu'on a besoin de laisser une ouverture permanente. Il croit que l'on pratiquera de plus en plus l'opération élevée, et conseille de ne fermer que tardivement la plaie de la colotomie.

Prof. BALL (de Dublin). - Le professeur fait voir par des vues projetées à l'aide d'une lanterne la résection du rectum par la voie sacrée, dont il fait ressortir la facilité et la sûreté. Ces vues ont été faites d'après des pièces congelées, et montrent toute l'opération depuis la première incision jusqu'à la fin. Dans les dix sept cas de sa pratique, l'auteur n'a eu qu'une seule mort.

Dr KEEN (de Philadelphie). Dans une série de 23 cas opérés par la méthode de Kraske, il a eu quatre cas où la réapparition du néoplasme ne s'est pas produite après quatre ans. Il admet l'opportunité de faire une colotomie préliminaire.

Dr ASHURST (de Philadelphie).—L'opération doit être regardée comme très grave, excepté entre les mains de quelques chirurgiens choisis.

LA SCOLIOSE.

Le Dr BERNARD ROTH donne une analyse de 1000 cas de scoliose traités exclusivement par la position et les exercices. Il regarde comme cause, dans 50 p. c. des cas, une faiblesse musculaire générale.

Le Dr PAIT MCKENZIE (de Montréal) fait voir un nouvel instrument pour mesurer le degré de courbure de l'épine dorsale.

Dr CHRISTOPHER HEATH. — Il a vu employer des appareils sans précautions, et le plus grand dommage en résulter pour le malade. Plusieurs cas traités par les exercices musculaires ont, à sa connaissance, pris beaucoup de mieux.

Dr GIBNEY (de New York).—Il a abandonné les appareils et obtient de bien meilleurs succès par la gymnastique. Il est nécessaire de bien contrôler son patient.

Dr KETCH (de New York).—On devrait examiner systématiquement les enfants des écoles.

RÉSECTION DE L'INTESTIN.

Le Dr SHEPHERD (de Montréal) rapporte un cas de résection de six pieds et demi d'intestin. Le patient, âgé de 28 ans, présentait une tumeur de l'abdomen qui remplissait toute la cavité et datait de plusieurs mois. Elle était unie, dure, facilement mobile et ne causait aucune gêne. Cette tumeur originait du mésentère et présentait des adhérences en bas et en avant. En ligaturant les artères qui s'y rendaient, l'iléon, sur une longueur de six pieds et demi, se trouva privé de sang. Il fallut enlever cette partie de l'intestin. L'hémorrhagie fut sévère. Le patient souffrit beaucoup du choc, mais prit le dessus et guérit. L'auteur le présente à l'association : il est en bonne santé.

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES.

Dr FERGUSON.—Le traitement des calculs des voies biliaires et de la vésicule biliaire est devenu entièrement chirurgical, et l'opération doit être faite dès que le diagnostic est posé. L'auteur rapporte 46 observations personnelles, et en fait ressortir les points importants. Dans deux cas de flexion, il a remarqué des coliques et de la sensibilité. Le premier cas était compliqué par un lobe du foie en forme de languette qui devait avoir contribué à déplacer la vésicule biliaire en arrière et en bas. Le patient du second cas souffrait de coliques biliaires depuis six ans. Une tumeur apparaissait durant l'attaque, et disparaissait avec la douleur. Une cholécystotomie fut suivie de guérison. Dans un cas d'hydropisie de la vésicule, le diagnostic était compliqué par un rein flottant. Sur tous ces cas, le canal cystique était obstrué dans trois par des calculs, et dans un quatrième par du tissu fibreux. Dans les cas d'empyème de la vésicule, il y avait des frissons et de la fièvre. Dans un cas la température monta à 104.2 F.; il y avait une tumeur, et le patient, trop faible pour être endormi, fut opéré à la cocaïne. Dans un autre cas le patient avait souffert de

coliques biliaires pendant cinq ans; la vésicule contractée contenait plusieurs calculs, de même que le conduit cystique. Après plusieurs semaines, le malade eut une rechute et mourut; on trouva à l'autopsie une inflammation marquée des conduits et des abcès multiples du foie. Deux cas de cancer primitifs de la vésicule furent traités sans succès. L'auteur fait voir plusieurs instruments qu'il a trouvés utiles, entre autres une seringue à embout obtus avec laquelle il injecte de l'eau dans le canal hépatique afin de s'assurer, par la sortie du liquide dans le duodénum, si le conduit est perméable ou non.

LES CALCULS DE L'URÈTÈRE.

Dr JORDAN LLOYD (de Birmingham).—L'auteur a été frappé plusieurs fois, il y a une dizaine d'années, par l'absence de calculs dans le rein quand tous les symptômes indiquaient le contraire. Il pourrait citer des cas où l'on a enlevé des reins pour des calculs, et constaté ensuite qu'il n'y en avait pas. Il a trouvé que dans beaucoup de ces cas les symptômes sont dus à des calculs dans l'uretère. Il a opéré avec succès cinq ou six de ces cas. Ce qui a attiré son attention sur le sujet, c'est qu'ayant, un jour, fait une incision pour un calcul du rein il n'en trouva pas, et le calcul fut rejeté six heures après. Un signe important c'est quand, lorsqu'on percute vivement le point douloureux, on produit chez le malade, que ce soit sur le rein, l'uretère ou la vessie, une douleur lancinante. Ce fait, ainsi que les paroxysmes, la néphralgie ou l'hématurie, indiquent fortement qu'il s'agit de l'uretère. Si le calcul est dans la partie inférieure de l'uretère on pourra peut-être le palper par le rectum; s'il est localisé entre le col de la vessie et le bord du bassin, une incision antérieure exploratrice est justifiable si le symptôme est prononcé. Dans nombre de cas où l'obstruction de l'uretère était complète, le patient avait les symptômes de la rétention de l'urine: peau moite, pouls très rapide, température au-dessous de la normale, distension abdominale. Il s'agissait d'atteindre le calcul dans la partie inférieure de l'uretère l'auteur pratiquerait la cystotomie sus pubienne, ouvrant la vessie. Lorsque le calcul serait localisé dans la poitrine moyenne de l'uretère, il ferait, après avoir établi le diagnostic, une incision latérale, et irait trouver le calcul sans pénétrer dans le péritoine. Dans un cas de calcul de la portion supérieure de l'uretère, il choisirait l'incision lombaire ordinaire. On trouve généralement le calcul dans les trois pouces inférieurs de l'uretère. Il est facile d'éliminer les calculs de la vessie.

Dr KEEN.—Il rapporte un cas qui simulait l'appendicite. Il opéra, trouva l'appendice intact, et ne pensa que le lendemain à examiner l'uretère. Dix mois après il enlevait une pierre de la vessie. Il est enchanté de la communication du Dr Lloyd.

LIGATURE DES CAROTIDES.

Dr BROWNE (West Bromwick).—Il fait voir les photographies d'un cas d'anévrisme traumatique de l'artère maxillaire interne où il fut obligé de ligaturer la carotide commune.

Le Dr LLOYD a eu un cas semblable causé par un coup de fourche dans la joue. Il ligatura la carotide externe.

Dr ASHURST.—Il est très difficile de diagnostiquer quelle branche de l'artère est lésée, dans les cas semblables. Il est rare que la ligature de la carotide produise des symptômes cérébraux.

C'est aussi l'expérience du Dr Heath.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

LES BLESSURES DE L'ACCOUCHEMENT; CELLES D'AUTREFOIS ET
CELLES D'AUJOURD'HUI.*(Discours d'ouverture.)*

Dr W. JAPP SINCLAIR (de Manchester).—Après un court préambule où il remercie l'Association de l'honneur qu'on lui a fait en le nommant président de la section d'obstétrique et de gynécologie, l'auteur dit que ce qui l'a engagé à choisir le présent sujet de son discours, c'est "la fréquence avec laquelle il est appelé, comme gynécologiste, à traiter des blessures produites par l'accouchement, et la conviction que dans plusieurs, sinon dans la majorité des cas, il ne lui a pas paru que leur production fut inévitable, tandis que dans un bon nombre il a eu la preuve évidente qu'elles faisaient suite à des interventions opératoires que les circonstances n'exigeaient pas." Et il entre de suite en matière en citant deux exemples.

Appelé l'année dernière auprès d'une jeune primipare très malade, rendue à la fin de la première semaine de son accouchement, que le médecin traitant disait avoir été normal du commencement à la fin, l'auteur constata une lacération profonde et large de la voûte du vagin; et ce n'est qu'après plusieurs questions que l'auteur apprit que ce médecin avait appliqué les forceps pour terminer l'accouchement plus vite, chose qui lui paraissait un détail insignifiant. L'enfant fut sauvé, mais la mère mourut.

Le second exemple est celui d'une jeune primipare, ayant toujours joui d'une bonne santé. A son premier accouchement, et malgré que le travail fut normal, son médecin appliqua les forceps six heures après le début des douleurs. La jeune femme entra peu de temps après à l'hôpital, où l'auteur l'opéra pour un prolapsus de l'utérus, une lacération transverse du col et une déchirure complète du périnée.

Pour montrer la vérité du proverbe : La science marche, mais la sagesse retarde, l'auteur compare cette manière de faire avec la pratique suivie par les anciens accoucheurs qui, malgré leur prudence et leur sagesse, voyaient mourir des femmes dans un travail prolongé sans pouvoir intervenir. Depuis l'apparition du forceps, il y a 150 ans, la science obstétricale a accompli deux étapes : la découverte de l'anesthésie, il y a 50 ans, et l'emploi des antiseptiques depuis près d'un quart de siècle. L'auteur se demande si nous ne pourrions pas mieux employer encore ces ressources. "N'est-ce pas, dit-il, l'une des choses remarquables de l'histoire de la médecine, durant ce dernier quart de siècle, que le développement extraordinaire de la chirurgie gynécologique. La gynécologie est devenu surtout chirurgicale. L'obstétrique est devenue, pendant la même période, grandement chirurgicale, trop chirurgicale; et la thèse que je veux soutenir aujourd'hui, c'est que la gynécologie n'est devenue tellement chirurgicale que comme résultat direct de l'intervention de la chirurgie dans la pratique des accouchements. Les accoucheurs sont les pourvoyeurs des gynécologistes. J'apprécie à sa valeur l'œuvre admirable des gynécologistes au sujet des tumeurs des organes sexuels, et je ne veux pas la décrier; mais le gynécologiste doit à l'accoucheur son travail de tous les jours." Par chirurgie dans les accouchements, l'auteur entend surtout l'emploi des forceps.

La mortalité des femmes en couches, en Angleterre, n'est pas diminué, malgré les progrès récents de la médecine. Et l'auteur pense que les dangers

qu'il signale sont dus en grande partie à la trop grande confiance créée par les méthodes nouvelles. Si, comme le dit Baudeloque, le forceps est l'instrument chirurgical le plus utile qui ait été inventé, il ne faut pas oublier qu'il est, de tous nos puissants remèdes, celui que l'on doit employer avec le plus de circonspection, si l'on veut éviter des conséquences désastreuses.

“ Si nous péchons, dit l'auteur, c'est en dépit de la plus brillante lumière. Si nous parcourons l'histoire de l'obstétrique durant les 150 dernières années, si nous consultons les anciens, et un grand nombre des nouveaux maîtres sur le sujet, nous constaterons que leurs opinions sont à peu près unanimes sur les indications qui doivent guider le praticien et limiter l'étendue de l'emploi de ce puissant remède. La pratique a subi depuis le commencement des changements et des modes, mais la théorie n'a jamais varié.”

Le Dr Sinclair donne alors un résumé intéressant de la pratique de Smellie et de Robert Collins, et continue : “ La blessure caractéristique de l'accouchement durant la première période — avant la découverte des anesthésiques — était la fistule vésico-vaginale, mais il n'y a aucun doute que l'emploi assez fréquent des instruments perforants et du crochet produisait des contusions et des déchirures, qui dans ces temps pré-antiseptiques, devaient augmenter considérablement la mortalité maternelle. La pratique erronée de “ dilater les parties ”, pratique qui, j'en ai peur, n'est pas encore une chose du passé, était aussi d'un usage si commun, qu'elle a dû causer beaucoup de mal. En produisant des nécroses partielles ou en diminuant la vitalité des tissus, elle a dû ouvrir la porte à l'invasion bactérienne avec toutes ses conséquences. La déchirure du périnée devait être, avec les générations antérieures comme aujourd'hui, parfois inévitable. Mais on paraît avoir apporté une attention spéciale à la prévenir. Denman même parle de la prévention de cet accident comme “ de l'objet principal de notre attention pendant le travail naturel.”

L'auteur parle brièvement de la seconde période, qui commence avec la découverte des anesthésiques et se termine à l'apparition des antiseptiques. “ L'apparition de l'anesthésie, dit-il, n'amena pas grand changement dans la pratique de l'obstétrique. Le praticien pouvait épargner à la malade les plus douloureux tourments de l'accouchement, et par conséquent attendre avec facilité, dans le travail normal, la terminaison naturelle. Mais on trouva bientôt que l'anesthésie n'avait pas que des avantages. On constata que l'administration prolongée du chloroforme produisait l'inertie utérine, le travail lent et l'hémorragie post-partum. La lenteur du travail rendit “ les commères mal à l'aise ” et les praticiens les plus conservateurs furent trop souvent entraînés à appliquer le forceps. De fait, la réalisation que les dernières douleurs du travail et la douleur aiguë que l'application du forceps aurait autrement causée pouvaient s'adoucir par l'administration d'un anesthésique eut pratiquement pour effet d'étendre considérablement l'art obstétrical opératoire. Les déchirures du périnée devinrent plus fréquentes que sous l'ancienne pratique de l'attente, et comme alors la suture de ces déchirures était exceptionnelle, contrairement à ce qui se fait aujourd'hui, l'incontinence de l'urine, due à la nécrose vaginale, était remplacée par l'incontinence des matières fécales due à la déchirure complète du périnée. Les déchirures du col et du vagin, et leur relation avec la paramérite passèrent soit inaperçues, soit incomprises jusqu'à ce qu'Emmet révéla leur importance au monde médical. Comme la pratique de la première période avait créé le matériel pour l'œuvre particulièrement bienfaisante de Marion Sims, les abus de la seconde période fournirent à Emmet l'opportunité qu'il eut le génie de reconnaître et d'utiliser.”

La troisième période, celle des anesthésiques unis aux antiseptiques, date de 1870-73, ou un peu plus tard. C'est vers cette époque qu'apparurent ces triomphes de la chirurgie abdominale et pelvienne appliquée aux maladies des femmes dont les hommes de notre spécialité sont si fiers. Les opérations en chirurgie générale prirent aussi une autre tournure, et nos étudiants, habitués

dans nos hôpitaux à l'aulace avec laquelle le chirurgien moderne, s'appuyant sur les anesthésiques et les antiseptiques, traitait les tumeurs et les blessures chirurgicales, furent induits, peut-être inconsciemment, par ce qu'ils avaient vu de chirurgie opératoire, à en appliquer les méthodes à la pratique des accouchements. On a peu combattu cette tendance par les préceptes et l'exemple. On n'enseigne pas à nos étudiants l'obstétrique et la gynécologie d'une manière suffisamment pratique; tandis qu'ils s'appliquent à la chirurgie, théorique et pratique, depuis leurs examens d'admission jusqu'à ce qu'ils aient obtenu leurs degrés. Ils apprennent la chirurgie qu'ils ne pratiqueront jamais, et ils pratiqueront les accouchements qu'ils n'ont pas appris."

L'auteur décrit ensuite le jeune praticien. "Le jeune praticien voit une femme souffrant des douleurs du travail; il peut les soulager par les anesthésiques; le travail normal est un processus qui demande du temps; le praticien n'aime pas à attendre, et il a une instrumentation avec laquelle il peut abrégier le travail normal: il sait qu'il peut faire des blessures, mais elles sont insignifiantes à ses yeux comparées à celles qu'il a l'habitude de voir traiter avec succès par le chirurgien à l'aide des moyens antiseptiques, et l'on peut toujours suturer une déchirure quand elle paraît avoir une importance suffisante. Pourquoi, alors, laisserait-il souffrir sa malade et perdrait-il son propre temps? Il n'a pas assez de pratique gynécologique pour saisir la gravité d'une déchirure du col, ou du vagin, ou d'un prolapsus de l'utérus, c'est-à-dire pour apprécier les conséquences éloignées de son intervention mal inspirée. Plus que cela, bien qu'il ait pu assister au nombre réglementaire d'accouchements exigés par son université, il a eu très peu d'instruction directe pratique et d'exemples; il est peut-être incapable de faire le diagnostic d'une présentation, aussi doit-il se fier simplement à la force: il a vu peu ou rien de l'état puerpéral, aussi n'est-il pas en état d'apprécier le danger pour sa malade ou de prévoir même les effets immédiats de l'art obstétrical opératoire."

Développant toujours sa thèse, le Dr Sinclair admet qu'avant de juger si ce genre de pratique est raisonnable, ou inévitable, ou digne de louange, ou le contraire de tout cela, nous devons trouver le critérium de la bonne pratique. Dans ce but, il donne aux membres de la section les statistiques de deux années de pratique à l'hôpital de la maternité de Manchester. Il est évident d'après ces chiffres que les délivrances par le forceps parmi les malades hospitalisées sont comparativement dans une proportion élevée, car il est entendu que les lits de l'hôpital sont réservés aux cas difficiles et dangereux; c'est ainsi qu'une large proportion des femmes admises ont une histoire antérieure de travail laborieux et d'intervention opératoire. La proportion des délivrances par le forceps chez ces femmes hospitalisées est presque exactement de 9 pour cent, et aucune femme ne mourut après l'emploi du forceps. On peut considérer la proportion des délivrances par le forceps chez les patientes à domicile confiées aux accoucheuses comme représentant les exigences normales de la communauté! "Eh bien, dit le Dr Sinclair, sur 2,049 délivrances chez des patientes à domiciles, les médecins ont appliqué les forceps vingt-neuf fois; c'est aussi exactement que possible 1.4 pour cent. J'ai déjà attiré votre attention sur ce fait que, dans le même centre de population, mais parmi la classe qui peut se payer les soins d'un médecin, la proportion des délivrances par le forceps est de 25 à 30 pour cent. Un contraste aussi remarquable fournit certainement matière à réflexion et demande à être expliqué."

Le Dr Sinclair conclut en citant des statistiques européennes pour soutenir sa thèse que la délivrance par les forceps est aujourd'hui beaucoup trop fréquente.

LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

DR TEMPLE (de Toronto).—Les théories nombreuses qu'on a données n'ont guère éclairé la vraie nature et la cause du vomissement. Cette compli-

cation est plus souvent fatale que les auteurs ne l'admettent, et si l'on peut regarder les vomissements ordinaires de la grossesse comme physiologiques, un état pathologique quelconque accompagne certainement la forme pernicieuse. Les opinions sur sa fréquence varient beaucoup, et aussi sur le mode de traitement à suivre. Il n'y a aucun doute que la race, l'état social et le tempérament établissent une prédisposition puissante.

DR GILES (de Londres).—Il a étudié les causes des vomissements ordinaires de la grossesse afin de mieux comprendre la forme pernicieuse. Les deux formes pour lui sont dues à la mise en action exagérée de l'un ou l'autre des trois facteurs suivants : 1o La tension nerveuse exagérée de la grossesse ; 2o Une source d'irritation périphérique : l'utérus dilaté ; 3o Une voie facile de décharge pour le trouble nerveux : le nerf vague. Le traitement doit s'adresser tout d'abord aux parties mises en causes.

DR GARDNER (de Montréal).—Dans certains cas, de jeunes femmes en parfaite santé, dès qu'elles deviennent enceintes, ou quelques semaines après, présentent des symptômes de vomissements qui deviennent rapidement sérieux. La patiente guérit rapidement dès que l'utérus est vidé. On a une tendance à retarder trop longtemps cette opération.

DR. SKENE (de Brooklyn).—Le vomissement n'est jamais sérieux tant qu'il demeure fonctionnel. Le traitement sera basé sur les complications présentes.

DR HANKS (de New-York).—Les deux principales indications sont de calmer l'irritabilité nerveuse par le repos au lit et les sédatifs, et de nourrir la patiente d'une manière raisonnée, par la bouche ou le rectum. On devra corriger tout état anormal local qui pourrait exister.

DR JEWETT (de Brooklyn).—Les injections rectales de chloral lui ont rendu service, de même que la cocaïne appliquée localement dans le vagin ou le col.

DR CAMERON (de Montréal).—L'irritabilité centrale demande les sédatifs nerveux ; on doit aussi enrayner l'action des irritants périphériques, mais peut-être n'a-t-on pas suffisamment remarqué que le traitement local rend moins facile le chemin de décharge. Kaltenbach classe la maladie avec l'hystérie et emploie l'hypnotisme. Avant d'intervenir avec la grossesse, il faut établir que la maladie est bien devenue incontrôlable, et n'est pas seulement incontrôlée ; mais il vaut mieux opérer trop vite que trop tard.

DIAGNOSTIC DES MALADIES PELVIENNES TUBERCULEUSES.

DR ROSS (de Toronto).—On n'a pas à s'étonner que le péritoine devienne le siège de tubercules quand on remarque la fréquence avec laquelle la pleûve est prise. La porte d'entrée peut être dans l'intestin, après l'ingestion de lait. L'autre porte d'entrée est en bas. Si le tubercule envahissait la cavité par le rectum, les intestins ou la vessie, on trouverait le tubercule présent dans ces organes. Si la contamination a lieu par le vagin, l'utérus ou les trompes, ces organes devraient être affectés ; cependant c'est l'exception, et non la règle.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas.

Chez une fille de 23 ans, bien réglée, la menstruation s'arrête pendant deux mois puis s'établit avec profusion pour trois semaines. Après une semaine de repos elle s'établit de nouveau. La patiente, très émaciée, présente un peu de leucorrhée. Il y a pas mal de douleur, par intervalle, dans le bas de l'abdomen. Les parents de la malade sont morts de phthisie. La marche de la température est caractéristique d'une salpingite avec pelvi-péritonite. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'ovaire gauche kystique, l'omentum congestionné et des traces de péritonite aiguë. Les ovaires et les trompes sont bourrées de tubercules. Les tubes sont épaissis. Aucun nodule dans l'intestin ou l'omentum. La surface postérieure du ligament large est couverte de petits nodules. Les ovaires et les trompes sont enlevés. La malade s'est mariée depuis et jouit d'une santé satisfaisante. L'auteur ne croit pas que le tubercule ait été

causé par des bacilles introduits par le vagin. La maladie affecte plus fréquemment les vierges. Il est remarquable cependant de constater que la tuberculose abdominale est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

L'auteur rapporte ensuite un cas d'ulcère tuberculeux du péritoine. La malade est mariée depuis sept ans; le dernier enfant a trois ans. Elle se plaint d'une douleur dans le bassin et d'un relâchement intestinal. Il y a une surface sensible à mi-chemin entre l'ombilic et la crête de l'iliaque, du côté gauche. Température élevée. L'ouverture de l'abdomen révèle du côté gauche, sur le ligament utéro-sacré, une surface noduleuse cruentée. Le mésosalpinx droit est bourré de nodules. On ne fit rien de plus. La température continue à 102. La patiente souffre encore autant.

L'auteur rapporte un second cas semblable à celui-ci, où l'ovaire était bourré de nodules rappelant le sago. L'incision exploratrice, dit-il, sera nécessaire comme moyen de diagnostic tant que les symptômes produits par la maladie ne seront pas mieux compris. On peut confondre cet état avec trois autres: salpingite non tuberculeuse, névralgie hystérique, et pelvi-péritonite subaiguë due à des tumeurs ovariennes ou utérines.

Les autres salpingites sont dues à l'infection après l'avortement, à l'infection du vagin par la gonorrhée. Une recherche minutieuse localisera la maladie. Le thermomètre servira à séparer la maladie de l'hystérie, et si la température monte et les symptômes ne s'améliorent pas, on devra faire une laparotomie exploratrice.

D'après l'expérience limitée qu'il possède de la tuberculose primitive des trompes, des ovaires et du péritoine du petit bassin, l'auteur croit qu'il est sage d'enlever les trompes et les ovaires dans ces cas-là, et cela dès que le péritoine du voisinage est reconnu affecté, et même lorsque les annexes paraissent sains.

La Variole à Montréal.

1^{er} RAPPORT (a)

NOTIFICATION RÉCIPROQUE DES
CONSEILS D'HYGIÈNE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

Montréal, 6 Octobre 1897.

Aux Secrétaires des Conseils d'Hygiène d'Etat et de Province.

L'état actuel de la variole dans la Province est le suivant :

COMTÉ.	MUNICIPALITÉ.	Popula- tion.	Date de l'éclou- sion.	Nouveaux cas depuis le dernier rapport.	Cas depuis l'éclou- sion.	Morts.	Guéris	Encore ma- lades	Maisons infec- tées depuis l'é- clou- sion.	Maisons encore infectées.
.....	Ville de Montréal.	240,000	2 juillet	1 (b)	17	9	3	5 (c)	12	0*
Hoch.	Westmount.....	6,000	26 juillet	0	5	1	4	0	2	0
do	Stc Cunégonde...	8,000	27 août	0	1			1 (d)	1	0*

(a) Date du dernier rapport : 1er octobre. (b) Dans une nouvelle maison; la relation avec les cas précédents n'est pas établie. (c) Dont 4 sont à la période de desquamation. (d) A la période de desquamation.

A vous respectueusement,

ELZÉAR PELLETIER,

Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

* Excepté l'Hôpital Civil.

H Y G I È N E.

LES PROGRÈS DE L'HYGIÈNE AU CANADA.

Le Dr E. P. LACHAPELLE (de Montréal), président, fait un discours d'ouverture sur *Les progrès de l'hygiène au Canada* (voir page 530). (1)

LES RÉGLEMENTS MUNICIPAUX CONCERNANT LA COQUELUCHE, LA ROUGEOLE, LA TUBERCULOSE ET LA LÈPRE.

Le Dr BRYCE, du Conseil d'Hygiène de la province d'Ontario, ouvre la discussion sur le sujet suivant : Jusqu'où doivent aller les mesures prescrites contre 1° la rougeole ; 2° la coqueluche ; 3° la tuberculose ; 4° la lèpre. Après avoir cité des statistiques, le Dr Bryce conseille la fermeture des écoles quand la scarlatine et la rougeole sont à l'état épidémique. Il parle au long de l'emploi des cartes d'avis et de l'isolement. Il est en faveur des mesures compulsoires et du transport à bonne heure à l'hôpital des cas de rougeole et de scarlatine. Le contrôle des écoles pourrait s'établir comme suit : 1° Notification journalière par les autorités scolaires de toutes les absences ; 2° Examen immédiat de tout absent rapporté malade ; 3° Notification par le maître de tout nouveau cas de maladie survenu à l'école, et isolement de ce cas ; 4° Notification compulsoire par les chefs de maison ; 5° Isolement des demeures par les placards ; 6° Désinfection de la maison ; 7° Clôture des écoles en dernier ressort.

Aux États-Unis, la lèpre a causé seize morts. Au Canada, la maladie ne paraît pas avoir d'importance. L'auteur connaît le lazaret de Tracadie. Si la maladie est contagieuse, l'isolement s'impose.

Pour ce qui regarde l'isolement dans la tuberculose, le danger vient des bacilles, qui peuvent vivre une année. On devrait désinfecter les maisons occupées par les consomptifs. La tuberculose est une maladie contagieuse, et il est nécessaire de prendre beaucoup de soin. Les crachats doivent être désinfectés.

Le Dr PRONST, secrétaire du Conseil d'Hygiène d'Ohio, croit que lorsqu'il est question de plans pour la prophylaxie de la tuberculose, il faut tenir compte du danger de l'infection animale, surtout par le lait infecté. Dans les troupeaux de vaches, les vaches malades doivent être séparées des vaches saines. Les veaux nés de vaches malades devraient être tenus à part et nourris de lait sain. La mauvaise ventilation des étables est responsable en grande partie de la maladie parmi le bétail.

L'auteur base la prophylaxie de la tuberculose sur la notification des cas, la désinfection, l'isolement des malades dans des hôpitaux spéciaux, et l'inspection des vaches laitières au moyen de la tuberculine.

On devrait exiger un espace d'air plus considérable dans les maisons et les boutiques d'ouvriers.

Le Dr HANDFORD, de Nottingham, dit qu'en Angleterre de nouvelles lois sur ces sujets ne sont pas nécessaires ; mais il faudrait un ministre de la Santé Publique. De nombreux progrès restent à faire en hygiène sanitaire. Pour ce qui s'agit des règlements à prescrire, la contrainte, en Angleterre, n'a pas réussi. Il faut faire l'éducation du peuple et gagner sa confiance. Et sur ce sujet, l'éducation du riche est aussi nécessaire que celle du pauvre. A Nottingham, jamais un cas de scarlatine n'a été transporté à l'hôpital sur un ordre du

(1) Il s'est glissé dans ce travail une erreur de date due à une faute typographique. Le Conseil d'Hygiène de la province de Québec a été fondé en 1886, et non pas en 1896.

judge. L'expérience de huit à dix années a fait que 90 pour cent des cas de scarlatine sont aujourd'hui amenés volontairement à l'hôpital.

Quand il s'agit d'éducation et de persuasion, le médecin praticien peut faire plus encore que l'officier de santé.

Les mesures compulsoires doivent être réservées pour la surveillance du lait.

Le Dr ALDWRIGHT, de Toronto, croit que l'éducation et la persuasion doivent être complétées par la contrainte.

Les chambres habitées par des tuberculeux dans les places de santé devraient être désinfectées avec plus de soin. On devrait aussi laver plus souvent le tapis des chais dortoirs.

Le Dr DUNCAN, de Glasgow, ne croit pas qu'il soit possible de rendre efficaces des mesures compulsoires concernant la rougeole et la coqueluche, mais certaines mesures contre la tuberculose lui paraissent praticables : une ample provision d'air pur et la notification en cas de mort.

DE L'UTILITÉ DES QUARANTAINES.

Le Dr MONTIZAMBERT, surintendant général des quarantaines du Canada, ouvre la discussion sur l'utilité des quarantaines telles qu'organisées aujourd'hui, du moins dans certains pays.

L'auteur fait d'abord voir qu'un système de quarantaine, pour être efficace, doit être double, et que la protection des frontières doit se compléter par la protection de l'intérieur. Ni l'une ni l'autre ne peut être suffisante par elle seule. La sécurité amenée par la protection des points d'entrée ne doit pas faire négliger l'assainissement des villes, des villages et du territoire.

“ A cause de la longue période d'incubation de certaines maladies contagieuses, et de la rapidité du transport sur certaines lignes, il peut arriver, de temps à autre, que des cas accidentels de maladies infectieuses à la période d'incubation, que des germes de maladies cachés dans des vêtements ou des marchandises non suspects, franchissent la quarantaine la mieux organisée. Ceci ne pourrait être évité complètement qu'avec une telle détention habituelle des vaisseaux et des passagers au port d'arrivée, une telle désinfection habituelle de tout vêtement ou marchandise venant du dehors, un tel dérangement apporté en conséquence au trafic et au transport des voyageurs, que ce serait ni justifiable ni possible. On ne doit pas s'attendre à ce que les quarantaines fassent l'impossible ; encore moins doivent-elles être une excuse pour ne rien faire à l'intérieur.

“ Mais, ceci admis, on doit certainement compter sur elles pour contrôler les cas déclarés de maladies contagieuses, les vaisseaux et les effets infectés, ou ceux qui paraissent seulement suspects. De cette manière, elles maintiennent au dehors et exemptent au pays un pourcentage très grand de maladies exotiques qui nous menacent de temps à autre. Et elles accomplissent ainsi une œuvre considérable et précieuse.”

Cette œuvre est peu connue et peu appréciée du public, et cela à cause de son efficacité même. Un germe sur mille de maladie infectieuse vient-il à franchir une quarantaine malgré toute la surveillance possible, et fait-il éclater la maladie à l'intérieur, tout le monde s'étonne et jette les hauts cris, et personne ne songe au 999 autres germes étouffés tranquillement au passage.

Les règlements de quarantaine au Canada sont basés sur les principes généraux modernes suivis en Angleterre, avec certaines modifications destinées à rencontrer les besoins spéciaux du pays. Nos règlements sont basés sur les principes suivants : inspection immédiate, et, si c'est nécessaire, désinfection prompte et isolement, avec notification à terre précédant les passagers. On évite ainsi la vieille routine de tenir en quarantaine des vaisseaux indemnes, et le nom seul est resté.

Ainsi que l'ont fait voir les rapports des délégués anglais aux Conférences Sanitaires Internationales de Dresde (1893) et de Venise (1896), nos règlements diffèrent en trois points des pratiques suivies dans la Grande Bretagne, et cela à cause des conditions différentes dans lesquelles se trouve ce pays nouveau et très étendu.

Ainsi les personnes qui arrivent à nos quarantaines sur un vaisseau infecté peuvent être tenues sous "observation" durant le temps reconnu de la période d'incubation de la maladie dont il s'agit, en comptant de la dernière date possible de la contagion. En Angleterre, cette observation au point d'arrivée est remplacée par la "surveillance" au point de destination. Mais en Angleterre, la superficie du territoire est peu considérable, les ports sont nombreux, les voyages rapides et fréquents, les communications aisées, l'organisation sanitaire très complète. Au Canada, nous n'avons que quatre ports d'entrée; les navires venant d'Asie ont été jusqu'à trois semaines en mer; les voyageurs, rendus à terre, mettront parfois jusqu'à six jours à se rendre à destination; il seront, grâce à la disposition intérieure de nos wagons de chemins de fer, en contact avec un grand nombre de voyageurs. La surveillance, pour nous, n'est donc guère possible, et la tenue des voyageurs suspects en observation à la quarantaine doit faire partie de notre organisation sanitaire.

En Angleterre, rien de ce qui vient par la poste, excepté les paquets, n'est désinfecté. Au Canada, la désinfection des courriers est non seulement permise, mais elle est encore souvent jugée nécessaire. C'est ainsi que les courriers venant de Chine, en temps d'épidémie, sont désinfectés avant d'être distribués dans les quartiers chinois des villes de la Colombie Anglaise.

Enfin, les règlements sanitaires concernant les ports de la Grande Bretagne appliquent le mot *infectés*, seulement aux navires ayant à bord le choléra, la fièvre jaune ou la peste. D'après les règlements canadiens, tout cas de maladie infectieuse, de quelque gravité qu'il soit, peut être retenu à la quarantaine, afin d'empêcher la formation au pays d'un nouveau foyer d'infection. L'arrivée de toute espèce de maladie infectieuse est signalée à terre par nos quarantaines du littoral. En Angleterre un vaisseau portant à bord de la variole, par exemple, n'est pas considéré comme infecté; et cependant la Loi de vaccination compulsoire n'a pas encore immunisé le peuple anglais, si l'on en juge par la récente épidémie de Gloucester.

Tels sont les seuls points où nos règlements de quarantaine diffèrent de ceux de l'Angleterre. Ces divergences sont nécessitées par les conditions différentes du pays.

Pour le reste, nous comptons sur l'inspection, la désinfection prompte, l'isolement et la notification à terre. Ces règlements visent à obtenir le maximum de protection pour la santé publique et le minimum d'intervention dans la circulation des passagers et des marchandises.

Nos règlements concernant les ports secondaires et les frontières peuvent être étendus à l'occasion. Nous comptons beaucoup, pour la protection de notre frontière sud, sur l'excellente organisation des quarantaines aux États-Unis.

L'organisation des quarantaines du Canada, telle qu'elle existe aujourd'hui, est sans conteste de la plus grande utilité au pays.

Le Dr WYMAN, chef du Marine Hospital Service et surintendant des quarantaines aux États-Unis, décrit l'organisation des quarantaines américaines, et les relations à ce sujet entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des États.

Le Dr DUNCAN, secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Colombie Anglaise, fait un rapport sur l'utilité des quarantaines sur la côte du Pacifique. Il voudrait que dans les ports de Chine, les immigrants chinois soient désinfectés avec leur bagage, vaccinés et tenus 14 jours en quarantaine avant de s'embarquer.

Le Dr KAYE, de West-Riding, Yorkshire, dit qu'en Angleterre on ne se

fié pas aux quarantaines, mais l'on s'en rapporte à la notification compulsoire et à la surveillance des autorités à l'intérieur.

Le Dr COPEMAN, de Londres, raconte comment le Local Government Board fit, en 1893, l'inspection sanitaire des côtes d'Angleterre, et décida, comme résultat de cette inspection de supprimer les quarantaines. Cette action a donné les meilleurs résultats.

Le Dr LITTLEJOHN, d'Edimbourg, trouve que la différence entre les systèmes anglais et canadien est parfaitement justifiée par les circonstances, qui sont différentes.

Le Dr FORMENTO dit qu'à la Nouvelle-Orléans les quarantaines ont fait disparaître la fièvre jaune.

Dr NELSON. Il en est de même à New-York.

DISPOSITION DES MATIÈRES D'ÉGOUTS.

M. GEO. JANIN, I. C, autrefois du corps des Ponts et Chaussées de France, et maintenant à Montréal, présente une étude sur les méthodes de disposition des matières d'égout. Il les divise en procédés de décantation, procédés mécaniques et procédés chimiques, et fait ressortir les objections qui existent dans chaque cas. La méthode à recommander est celle de l'épuration par le sol dans les conditions suivantes : 1° Choisir un terrain suffisamment poreux pour que l'eau le traverse facilement et l'air le pénètre assez pour faciliter la combustion des matières organiques. 2° Fixer la durée de l'arrosage et la quantité de matières d'égouts à déposer pour assurer une bonne épuration. 3° Établir un drainage au dessous si c'est nécessaire.

On discute ensuite le travail de M. Janin, et tout le monde paraît en accepter les conclusions, en faisant des réserves sur le prix du terrain, qui peut rendre l'épuration par le sol impossible.

Le Dr BRYCE, du Conseil d'Hygiène d'Ontario, décrit la manière dont on a appliqué ce système à l'Asile provincial de London, Ont.

Certains membres se demandent comment le système peut réussir avec le climat de l'hiver canadien, mais on fait remarquer que ce système a donné des résultats satisfaisants à Dantzic, situé dans une région très froide.

Le Dr BRYCE dit qu'à London (Canada) l'hiver n'a causé aucune difficulté.

Par contre, dit le Dr NEECH, on a trouvé, à Atherton, Lancashire, ce système de disposition des matières d'égouts moins efficace en hiver.

FILTRATION MÉCANIQUE DE L'EAU.

Le Dr MACKENZIE, bactériologiste du Conseil provincial d'Hygiène d'Ontario, donne une communication sur les résultats donnés par les appareils de filtration mécanique dans Ontario.

Dans la discussion qui suit, plusieurs orateurs mentionnent le coût élevé de l'alun dans la filtration mécanique.

Les Drs BRYCE et CARR (Braintree) font ressortir la valeur, dans la filtration, de la mince couche mucoïde qui se forme à la surface.

Le Dr PROBST (Ohio) donne les statistiques de l'usage d'un appareil de filtration mécanique dans la ville de Loraine, statistiques qui démontrent que le pouvoir bactéricide s'élève en proportion de la quantité d'alun employée.

Le Dr LEE, de Philadelphie, rapporte que la ville de Wilkesbarre n'a pas pu employer l'un des plus grands appareils de filtration mécanique que l'on ait aux États-Unis à cause du coût trop élevé de l'alun nécessaire.

L'ISOLEMENT DANS LA DIPHTÉRIE.

Le Dr WESBROOK, directeur du laboratoire bactériologique du Conseil d'Hygiène de l'État du Minnesota, rapporte le résultat des recherches qu'il a

entreprises, avec les Drs WILSON, MACDANIEL et ADAIR, sur les conditions où se trouve une institution de l'Etat quand la diphtérie y est endémique. Des enfants en parfaite santé domèrent des cultures caractéristiques du bacille de la diphtérie, et dans certains cas le bacille fut trouvé plusieurs mois après la convalescence, six mois dans un cas. Il arriva à la conclusion que le temps habituel de la quarantaine est absolument trop court, et il suggère, quand on le jugera à propos et qu'il sera facile de le faire :

1° Que l'on examine la gorge des gens qui ont été en contact avec des diphtéritiques, et qu'on les mette en quarantaine, lorsque l'on trouve des bacilles, jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus.

2° Que la gorge des diphtéritiques, et de ceux qui ont été en contact avec eux, ne soit regardée comme indemne de tout bacille diphtérique pur ou modifié qu'après deux examens négatifs.

3° Que les diphtéritiques, surtout lorsqu'ils sont convalescents, soient isolés chacun dans une chambre séparée.

Durant la discussion qui suivit, les Drs ALDWRIGHT (de Toronto), LITTLEJOHN (d'Edimbourg) et d'autres firent ressortir la difficulté d'appliquer ces recommandations d'une manière pratique. Le Dr WESBROOK répondit que le bactériologiste rencontrait aussi ses propres difficultés, mais qu'on ne pouvait s'attendre à ce qu'il résolve celles que le praticien rencontre dans la mise en pratique de ses conclusions. L'épreuve bactériologique de la diphtérie, si elle prolonge dans certains cas la quarantaine plus qu'avec les anciennes méthodes cliniques, permet aussi dans d'autres cas au malade d'être libre après huit ou dix jours.

DÉSINFECTION DES CHAMBRES PAR LA FORMALINE.

Le Dr WYATT JOHNSON, bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, a lu un travail important sur la désinfection des chambres par la formaline que nous publierons dans notre prochaine livraison.

On devrait employer plus souvent l'épreuve bactériologique, afin de constater exactement ce qui se passe dans la désinfection ordinaire des chambres. On s'est servi avec succès, au Conseil d'Hygiène de la province de Québec, d'un arrangement par lequel des objets d'épreuve, contaminés avec des staphylocoques, sont placés dans des sacs de mousseline de couleur différente, correspondant à la position dans laquelle on les place.

L'emploi, pour la fumigation par la formaldéhyde, de quantités considérables, telles qu'une livre de formaline pour 1,000 pieds cubes, formaline obtenue par pression d'une solution de chlorure de chaux, a donné les meilleurs résultats. La pénétration ne s'obtient que dans un espace clos. L'avantage d'une chambre de vacuum n'est pas comparable au bénéfice du vacuum dans la désinfection par la vapeur. La fumigation dans une armoire donne une pénétration suffisante.

En cherchant une chambre de désinfection *portative*, l'auteur a obtenu de bons résultats de l'usage d'un dais ou d'une tente, ce qui permet aux vapeurs d'attendre les marchandises qui demandent le traitement le plus énergique. L'auteur a aussi essayé d'établir une chambre à l'aide d'un sac, mais n'a pas encore terminé l'épreuve. Il emploierait ce sac pour y projeter la vapeur de formaldéhyde, ou pour y placer les objets après les avoir humidifiés légèrement avec des solutions de formaldéhyde.

Le coût relatif des solutions désinfectantes classiques, à force égale, est le suivant :

	PAR LITRE.
Acide carbolique.....	7 centins.
Sublimé corrosif.....	$\frac{1}{4}$ centin.
Formaline.....	$\frac{1}{2}$ centin.

PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

LES IDÉES PASSÉES ET PRÉSENTES SUR L'ACTION DES MÉDICAMENTS.

Dr LEECH, de Manchester, (discours d'ouverture).—L'auteur commence son discours par un résumé des idées prévalantes durant les soixante dernières années sur l'action des médicaments. Il cite Pereira, Headland, Brodie et d'autres, puis il esquisse les progrès de la pharmacologie durant la même période. Il ajoute : " La connaissance de la manière par laquelle les médicaments enlèvent la cause de la maladie ou corrigent ses résultats avait certainement beaucoup augmentée, de même que notre pouvoir de diminuer la souffrance ; mais il fallait quelque chose de plus. Nous ne pouvions pas combattre les mauvais effets de la maladie à tous les points d'attaque principaux, et par conséquent la possibilité d'en enrayer les effets se trouvait fort limitée. L'on n'arrivait pas à découvrir des substances capables de combattre d'une manière générale les dérangements fonctionnels et les altérations pathologiques qui caractérisent les diverses formes de maladie. On ne trouvait aucun médicament qui agit comme le mercure dans la syphilis, et le mode d'action de ce médicament, comme celui de beaucoup d'autres, n'est pas encore défini. Mais tout récemment, grâce aux recherches des pathologistes et des physiologistes, la lumière s'est faite. Les découvertes au sujet du pouvoir curatif de certaines substances animales, comme la glande thyroïde, et au sujet des toxines et des antitoxines, ouvrent une nouvelle voie en thérapeutique. Jusqu'à quel point ces découvertes modifient-elles les idées déjà existantes concernant l'action et l'emploi des médicaments ? On a émis, sur ce sujet, des vues audacieuses. Le Dr Saundby, par exemple, considère, bien que les découvertes récentes sur les organismes pathogènes et leurs produits nous ouvrent en thérapeutique un nouvel avenir, que le système de pharmacologie est à la veille de tomber dans les limbes de l'oubli, et le professeur Behring, de Marbourg, croit qu'à la lumière de la sérothérapie, toutes nos idées anciennes doivent s'évanouir. La pathologie cellulaire, dit-il, ne se prête pas à la thérapeutique ; on traitera en vain les organes affectés. Seul, si l'on en croit le résumé du travail lu par ce savant au récent " *Congress für Innere Medicin* " tenu à Berlin, le traitement par le sérum est efficace. Si les idées de Behring sur la nature de ce traitement sont correctes, son étude dépasse presque les limites de la pharmacologie, car il affirme que l'antitoxine n'est pas un composé chimique défini, mais une qualité, inhérente à certaines substances albumineuses comme le magnétisme est inhérent à l'oxide magnétique de fer. Si les antitoxines sont des pouvoirs, et non pas des substances, nous sommes entraînés dans un monde nouveau où la pharmacologie, telle qu'on la comprend aujourd'hui, n'a plus sa place.

" Il semble peu vraisemblable que les vues du défenseur enthousiaste de la sérothérapie aient quelque réelle fondation, et comme j'ignore sur quel raisonnement elles sont appuyées, je ne les discuterai pas. Les toxines altèrent les fonctions des divers organes comme les autres agents pharmaceutiques. Elles ont une action physiologique définie, et l'on n'a aucune raison de croire qu'elles agissent sur les tissus d'une manière totalement différente des autres agents médicamenteux. Il est vrai qu'elles ont un pouvoir pour produire l'immunisation plus marqué que celui de tout autre médicament. Il est impossible de dire si, sur ce point, elles agissent comme les médicaments ordinaires, mais l'on peut à peine douter qu'elles ne produisent leurs effets d'une manière identique, sinon semblable.

“ Les toxines ont une autre propriété qu'on n'a pas rencontrée souvent dans les médicaments employés jusqu'ici. Elles amènent la production des antitoxines. Comment? nous n'en savons rien. Le protoplasma a la propriété d'altérer les substances qui viennent en contact avec lui, et l'on peut facilement imaginer que la toxine est convertie, par une influence chimique subtile, en une substance tout à fait antagoniste dans ses propriétés physiologiques. Mais il paraît beaucoup plus probable encore que les antitoxines sont produites par le protoplasma lui-même, influencé par l'action de la toxine sur lui. On a montré que le sérum du sang contient une substance bactéricide, et Hankin a rappelé, il y a déjà plusieurs années, que le sang de certains animaux contient, normalement, une certaine “ protéïde défensive ” que Buchner a appelé subséquemment alexine et qui est pratiquement une antitoxine. Si le protoplasma des cellules possède ainsi la propriété de produire normalement une telle substance défensive, il n'est pas difficile de penser que, sous l'influence de certaines toxines, il produit des antitoxines spéciales.

“ Bien que nous n'ayons aucune preuve, autant que je puis savoir, qu'aucun des médicaments d'usage ancien ait produit des antitoxines, on a raison de croire que certains albuminoïdes végétaux peuvent le faire. Ehrlich affirme que la ricine et l'abrine, toxalbumines dérivées de l'huile de ricin et des semences de jéquirity, non seulement produisent l'immunité, mais forment dans le sang une antitoxine qui met à l'abri de l'influence toxique de ces deux substances.

“ Le mode d'action des antitoxines est encore obscur. Il est possible qu'elles détruisent dans une certaine mesure les micro-organismes qui produisent la maladie, comme agit probablement la quinine dans la malaria, mais il semble qu'elles exercent leur action spéciale en contrecarrant l'effet des toxines que ces organismes sécrètent, et elles diffèrent des anciens médicaments en exerçant une action plus générale et plus rapide. On dirait qu'elles annulent les toxines à tous les points essentiels à la fois, plutôt que de contrebalancer leurs effets sur un ou deux points seulement. On a de bonnes raisons de croire que la toxine et l'antitoxine ne se neutralisent pas l'une l'autre comme le ferait un acide d'un alcalin. Du moins, Calmette a montré que la neutralisation ne se produit pas entre les venins et les antivenins, dont l'action se rapproche beaucoup des toxines et des antitoxines, car il a trouvé que, si l'on soumet un mélange de venin et d'antivenin, mélange qui n'est pas toxique à cause de l'action antagoniste des deux substances, à une température de 68° F., le pouvoir de l'antivenin est détruit, mais non celui du venin, qui peut alors exercer son influence toxique. Il est probable que l'antitoxine agit sur les molécules du protoplasma d'une certaine manière et empêche la toxine d'exercer son influence ordinaire.”

Le Dr Leech termine son discours en exposant le programme des travaux de la section.

LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE.

Le Dr CLARKE (de Kingston) ouvre la discussion sur le sujet, et parle d'abord de la physiologie du sommeil. L'anémie cérébrale, la dilatation vasculaire de la peau, la diminution de la pression sanguine sont les conditions ordinaires du sommeil. Sée classe l'insomnie en cérébrale, spinale et psychique. Le manque de sommeil tue plus rapidement que l'inanition. Dans le traitement, les médicaments ne doivent venir qu'en dernier lieu. Essayez le bain chaud, 104° F., avec du froid sur la tête. Les patients quelquefois s'endorment dans le bain. Le lait chaud et le bain de soleil sont bons, de même que la bière chaude le soir. La strychnine et la digitale sont souvent efficaces dans l'insomnie des neuro-théniques. Lorsque l'insomnie est produite par la douleur, la morphine est inévitable.

Le prof. RICHET (de Paris) parle des hypnotiques en général et de la chloralose en particulier, et illustre ses remarques par des schémas sur le tableau

noir. Il ne croit pas que le changement de la pression du sang soit la base de la production du sommeil. En étudiant la chloralose, il a constaté que ce corps ne produit pas une détente, mais plutôt une strychninisation de la moëlle : le cerveau peut être congestionné. On peut prescrire le médicament, dans les affections du cœur, à la dose maximum de six grains. Il peut survenir de légers soubresauts convulsifs, mais il n'y a aucun danger. Dans un cas, une malade, une femme, prit volontairement soixante grains ; il y eut un sommeil profond, et des soubresauts comme dans un cas de strychnine. En trente six heures la guérison était complète. Le prof. Richet accorde la préférence à la chloralose.

Le Dr MACALISTER (de Cambridge) rapporte son expérience avec les étudiants. Les causes de l'insomnie sont surtout le surmenage et l'anxiété au sujet des examens. Il rejette les hypnotiques et réussit dans la plupart des cas. Il conseil d'abord un bain froid, pour l'un ou l'autre sexe, puis une marche dans la chambre, sans s'habiller, jusqu'à ce que l'on ait froid, et si cela ne suffit pas, le soir suivant il fait revêtir une robe de nuit mouillée. Il conseille aussi de se coucher dans un hamac, et de laisser la partie inférieure du corps en contact avec l'air. Dans les cas où les étudiants surmenés sont trop fatigués pour dormir, on peut essayer la strychnine, ainsi que le café chaud. Le sulfate de magnésie est un vieux et fidèle agent en thérapeutique. En dernier ressort, il recommande le chloralamide mais sans faire connaître au patient le remède.

Le Dr SAUNDBY (de Birmingham) regarde le chloral comme le plus efficace des hypnotiques purs. On en a trop exagéré les dangers. Le sulfonal est employé sur une grande échelle en Angleterre.

Le Dr CAMPBELL (de Carlisle) parle de l'insomnie chez les aliénés. Le chloral lui a paru l'hypnotique le plus sûr. Il a confiance aussi dans la paraldehyde. Le point important, c'est d'obtenir une somme suffisante d'exercice au dehors, et une diète appropriée. Chez l'homme sain, il faut surtout le changement d'air et le changement de scène. Il doute que le chloral soit aussi dangereux qu'on le dit, car il a vu prendre sans inconvénient 8 drachmes en une dose, et à lui-même prescrit jusqu'à 4 drachmes.

Le Dr WHITLA (de Belfast) approuve l'emploi tardif des médicaments. On a donné des millions de doses de sulfonal avec très-peu d'accidents. Le chloral est dangereux, et l'addition de la digitale inutile. Il aime bien l'emploi de l'alcool. De deux à deux onces et demi dans de l'eau chaude le soir est suffisant. Un détail nuisant, comme un oreiller peu confortable, peut faire passer une mauvaise nuit.

Le Dr RAYNER (de Stockport) dit qu'il faut tenir compte des idiosyncrasies et ne pas établir de règles générales. Il préfère les petites doses, comme 10 grains de chloral, ou 10 grains de sulfonal avec 5 grains de phénacétine.

Le PRÉSIDENT, en résumant la discussion, fait voir l'importance de bien étudier chaque cas d'insomnie, et de s'assurer de la cause avant d'établir la thérapeutique.

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

La section de pharmacologie et de thérapeutique s'est réunie à la section de dermatologie pour discuter le traitement de la syphilis, sous la présidence du Dr Leeds.

Le Dr WHITLA (de Belfast) ouvre la discussion. Deux médicaments seulement doivent être pris en considération : le mercure et les iodures. Le mercure a une action spécifique ou curative sur la syphilis, la chose est prouvée, et il suffira de considérer les points suivants : 1° comment agissent le mercure et les iodures ; 2° quand doit-on commencer le traitement mercuriel ; doit-on le donner dès la première période ? 3° quelles sont les diverses méthodes ordinaires d'administration, les doses, la longueur nécessaire au traitement ? 4° quel est le traitement des symptômes tertiaires et de la syphilis congénitale.

L'auteur étudie la pharmacologie du mercure : l'absorption par frictions, l'élimination, etc. Le mercure est un antidote spécial du poison syphilitique, et tant que le virus de la syphilis demeure dans l'organisme, il croit que le mercure agira sur lui sans inconvénients pour le malade. Le dosage doit être basé sur cette hypothèse. Il étudie ensuite le pouvoir bactéricide des iodures, et les vues de Binz sur ce sujet, et il insiste sur leur inutilité à la première et à la seconde période. L'auteur discute ensuite les méthodes d'administration du mercure par périodes de traitement, et de repos, et se prononce en faveur de la méthode continue. Il prescrit des doses petites aussitôt que possible, et n'adopte jamais un traitement routinier. La pesée est la meilleure manière de juger de l'effet du mercure. La méthode des frictions est la plus généralement suivie, bien qu'elle offre des désavantages. Dans les cas ordinaires, les iodures de mercure à petites doses, les pilules de Plummer, etc, suffisent. A la période tertiaire, il faut pousser les iodures jusqu'à ce que les symptômes disparaissent.

Le Dr HYDE (de Chicago) attache une importance toute particulière à la constitution du sujet. Il y a des cas bénins qui demandent peu ou pas de traitement, et des cas sévères, principalement par hérédité, sur lesquels le traitement ne paraît avoir aucune action. La plupart des cas doivent être placés entre ces deux extrêmes et donnent les résultats les plus satisfaisants. On obtient de meilleurs effets quand on n'emploie pas les iodures, qui sont les médicaments des complications.

Le Dr MALCOLM MORRIS (de Londres) divise les syphilitiques entre ceux qui prennent de l'alcool et ceux qui n'en prennent pas. Les injections intramusculaires ne lui ont pas donné de bons résultats. Il recommande fortement, dans certains cas (ulcérations étendues), le bain d'air mercuriel, avec, comme compléments utiles, les frictions et les bains chauds stimulants. La combinaison de l'ammoniaque et de la salsepareille aux iodures est favorable.

Le Dr HERVIEUX (de Montréal) insiste sur la nécessité d'une pathologie mieux définie de la syphilis.

Le Dr ALLAN (de New-York) est très en faveur des injections mercurielles intra-musculaires. Les symptômes secondaires qui suivent les chancres extra-génitaux sont très virulents.

Dr BULKLEY (de New York). En combinant le mercure aux iodures, on pourra donner ces derniers à doses moins fortes.

Le PRÉSIDENT résume la discussion et rappelle l'utilité de certains remèdes autres que le mercure et l'iode. Il croit comme le Dr Whitla, qu'il est souvent nécessaire de pousser les iodures à la troisième période de la maladie. L'ammoniaque combinée aux iodures est utile.

Le Dr WHITLA ajoute que le secret du succès, dans le traitement de la syphilis, est de saturer l'organisme avec autant de mercure que possible sans causer d'inconvénients. Il n'a jamais eu de mauvais effets de l'emploi du mercure. Il n'admet pas la virulence spéciale des symptômes secondaires à la suite de chancres extra-génitaux (absence de ganglions lymphatiques dans le voisinage).

LES DIURÉTIQUES.

Le Dr BARR (de Liverpool) ouvre la discussion par un exposé de la physiologie de la circulation, surtout dans les états pathologiques. Il passe ensuite au traitement des maladies qui demandent des diurétiques. La méthode du lavage du rein a pour but de drainer les produits de désassimilation, les ptomaines, etc... et les eaux de sources naturelles ne sont pas meilleures dans ce but que les produits artificiels. Le meilleur traitement, dans le rein granuleux, est de supprimer les aliments azotés, de prescrire une diète végétale absolue, de boire du petit lait et des eaux légèrement alcalines, de régulariser les sécrétions des intestins avec le calomel. Le benzoate d'ammonium est recommandé dans l'urémie. Dans les affections du cœur, les toniques cardiaques, combinés dans certains cas aux

vaso-dilatateurs, sont regardés comme les plus efficaces. Dans les maladies du poumon congestionnantes, l'auteur recommande l'ammoniaque, le *senéga*, les diurétiques salins ; dans les cirrhoses du foie, les vaso-moteurs, les toniques cardiaques et les purgatifs salins légers ; dans l'hystérie accompagnée d'anurie, l'eau et le petit lait en quantité, les toniques vaso-moteurs et les diurétiques salins. On regarde la saignée générale et l'antimoine comme les agents les plus effectifs contre l'hydropisie du mal de Bright aigu. L'auteur ajoute, comme conclusion, que les diurétiques ne sont qu'une accessoire au traitement, et qu'il n'y a aucune maladie que l'on doive traiter exclusivement par eux.

Le Dr MARSHALL (de Cambridge) parle ensuite de l'action des diurétiques. Il considère d'abord la physiologie de la sécrétion rénale, les différentes idées admises sur le sujet, et la possibilité d'expliquer l'excrétion urinaire à un point de vue purement physique. Pour l'auteur, la formation de l'urine vient surtout du métabolisme des cellules rénales.

Le Dr ATKINSON (de Newcastle) trouve que les nitrates et la nitroglycerine n'augmentent pas la diurèse.

LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

Le Dr McCALLUM (de London Ont.) lit un travail sur l'action du sérum de Behring dans les maladies qui ne sont pas causées par le bacille de Klebs-Löffler. Il discute l'action de ce sérum sur la consommation, le cancer, les inflammations du petit bassin, le lupus, etc... Il a donné en trois mois 25,000 unités de sérum dans un cas de tuberculose, et a obtenu des résultats favorables. De même dans un cas de lupus. L'auteur soumet comme théorie que le sérum favorise les sécrétions internes.

Le Dr BAZIN (de Montréal) lit un travail sur l'antitoxine diphtérique. Un détail important, c'est que la force, la date de production, etc., soient inscrites sur l'étiquette. Le "souçon clinique" est une raison suffisante pour employer le sérum, et l'on doit faire ensuite l'examen bactériologique. L'immunisation devrait être pratiquée beaucoup plus fréquemment. En réponse au président, le Dr Bazin dit que la syncope qui suit quelquefois les injections est une coïncidence, et non le résultat de l'antitoxine. Il a constaté, comme le Dr McCallum, l'effet hypnotique du sérum. La présence dans le liquide d'un trouble léger ou plutôt d'une fluorescence n'en prévient point l'emploi.

Comment doit-on combattre la réaction inflammatoire excessive de l'éruption vaccinale ? par Lucas (de Londres).

Un fait bien connu, c'est que les inoculations de vaccin de génisse provoquent en général une réaction inflammatoire plus intense que les vaccinations de bras à bras, aujourd'hui délaissées pour les raisons que l'on sait. Cette réaction atteint parfois un tel degré d'intensité qu'elle constitue une complication d'une réelle gravité : les pustules tendent à devenir confluentes, la zone phlegmasique s'étend de plus en plus, les ganglions axillaires se tuméfient et le bras devient œdémateux. Pour combattre cette complication, Lucas (de Londres) conseille — au lieu d'employer les fomentations chaudes ou les applications de liquides antiseptiques qui n'ont que peu ou point d'effet — de saupoudrer abondamment d'iodoforme la région atteinte, puis d'appliquer par-dessus une compresse aseptique sèche, destinée à préserver les pustules de toute irritation mécanique. Sous l'influence de ce traitement si simple, notre confrère a toujours réussi à enrayer en vingt-quatre heures le processus inflammatoire : les pustules se transforment en une croûte sèche, la rougeur s'amende, les ganglions diminuent de volume et l'œdème du bras se dissipe rapidement.

(Revue des mal. de l'enfance)

PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE.

LES PROGRÈS DES RECHERCHES PATHOLOGIQUES ET LEURS RÉSULTATS.

Dr WATSON CHEYNE, professeur de chirurgie au King's College, de Londres (discours d'ouverture). — " On est naturellement tenté, dans une occasion comme celle-ci, de repasser l'histoire de la pathologie durant ces derniers soixante ans ; mais j'ose espérer que vous ne vous attendez pas à ce que je suive la mode à ce propos. Retracer l'histoire de la pathologie durant les soixante dernières années, ce serait pratiquement suivre cette science depuis son début et retourner à un état de chose que nous avons peine à réaliser aujourd'hui. Aujourd'hui, c'est le côté étiologique, si je puis dire, de la pathologie qui nous préoccupe, et avec justesse ; car, pour ce qui s'agit des résultats pratiques du traitement des maladies, la connaissance des altérations survenues est proportionnellement de peu d'importance comparée à l'explication de la cause qui les produit et de la manière dont elles s'établissent. Plus nous pouvons établir d'une manière précise les facteurs étiologiques d'une maladie, et la marche subséquente des événements, plus il est facile d'établir une méthode de traitement rationnelle.

" Le progrès le plus frappant, et qui a eu le plus d'importance, çà été le développement de la grande science de la bactériologie, science qui a non seulement provoqué les résultats pratiques les plus importants, mais encore a jeté des flots de lumière sur les phénomènes de l'organisme en général, et a stimulé les recherches dans des voies indirectes. Il est difficile pour ceux qui n'ont abordé la bactériologie que récemment de se faire une idée du néant absolu qu'elle offrait il y a vingt ans. Lorsque j'entrai comme chirurgien interne dans le service de lord Lister, en 1876, on opposait des objections de tous genres à la théorie qui faisait la base du listérisme ; les uns niaient tout à fait l'existence des bactéries, les autres maintenaient la théorie de la génération spontanée ; les uns affirmaient que les organismes étaient toujours présents dans les tissus sains, les autres niaient qu'ils eussent quelque chose à faire avec la maladie, ou que le succès du principe de l'antiseptie dépendît de quelque manière de l'exclusion des micro-organismes des plaies.

" Peu après, lord Lister fit faire un grand pas à la bactériologie par ses recherches remarquables sur le *bactérium lactis*, au cours desquelles il trouva le moyen d'isoler les bactéries par cultures fractionnées, ce qui lui permit d'isoler les bactéries qui causent la fermentation lactique des autres organismes. Puis vinrent l'œuvre de Koch sur les infections des plaies et celle de Metchnikoff sur la phagoocytose, cette théorie qui est non seulement très attachante par elle-même, mais qui a provoqué bon nombre des travaux qui ont donné à la bactériologie sa position actuelle.

" Malgré tout ce qui a été fait, cependant, plusieurs problèmes demeurent irrésolus. Comment se fait-il que dans la tuberculose, nous ayons dans une partie du corps une forme de lupus à marche lente, tandis que nous voyons dans une autre partie, peut-être du même corps, une tuberculose à développement rapide ? Le même problème se présente au sujet des bacilles de la diphtérie : nous pouvons avoir dans un cas de la diphtérie vraie, dans un autre une rhinite membraneuse, tandis que dans un troisième cas, bien que l'on trouve des bacilles dans la gorge, le patient semble en parfaite santé. Les résultats qu'apportent les larges incisions dans les tissus tuberculeux offrent aussi un

problème remarquable. On fait une incision dans la cavité abdominale, on trouve des plaques de ti-sus tuberculeux et des tubercules épars sur le péritoine, on ne fait rien de plus, on suture la plaie, et cependant, dans bien des cas, le malade, qui déclinaît peu à peu, reprend le dessus, et la maladie s'arrête complètement.

Les microbes pyogènes nous présentent aussi plus d'un problème. Comment se fait-il, par exemple, que lorsqu'on ouvre antiseptiquement un abcès, immédiatement la suppuration cesse ? Si l'on applique un cataplasme au lieu d'ouvrir antiseptiquement l'abcès, la suppuration continue et peut être profuse. Mais si l'on ouvre cet abcès lorsqu'il y a de la fluctuation et qu'il commence à pointer, et si l'on prend les précautions antiseptiques nécessaires, établissant un bon drainage, il ne se forme plus de pus, et cependant quand l'abcès est ouvert on constate qu'il renferme des microbes pyogènes vivants. Nous pouvons facilement comprendre que la chute de la fièvre et le trouble général soient dus à la diminution de l'absorption des produits toxiques. Mais pourquoi ces organismes vivants ne maintiennent-ils pas la suppuration ? Et pourquoi, après deux ou trois jours, ne peut-on obtenir de cultures avec le sérum qui s'échappe de la blessure ?

Le Dr Watson Cheyne discute alors la pathologie de l'inflammation ; il soutient que l'inflammation et la cicatrisation sont deux processus différents, et même antagonistes jusqu'à un certain point, bien que dans chaque plaie les tissus, en recevant la blessure, entrent dans la première période de l'inflammation, cependant, si aucun microbe n'est admis, le phénomène de l'inflammation se calme rapidement, et lorsqu'il y a destruction de tissus, un second phénomène,—celui de la réparation,—commence.

Poursuivant son sujet : " L'un des côtés remarquables de ces progrès, surtout en pathologie expérimentale, c'est l'énorme bénéfice pratique qui en est déjà résulté pour la race humaine ; et c'est une réponse suffisante à faire aux antivivisectionistes, qui s'opposent à l'emploi de l'intelligence, de l'observation et de l'expérimentation, que de leur montrer l'épargne de la vie humaine et le soulagement de la souffrance obtenus durant ces dernières années. Depuis la publication des expériences de Pasteur sur la génération spontanée, c'est à peine si trente six ans se sont écoulés, et pendant ce temps, comme effet de la pathologie générale, on a obtenu en thérapeutique des résultats remarquables. Les résultats pratiques déjà obtenus modifient le diagnostic, la prophylaxie et le traitement. Le diagnostic de plusieurs maladies parasitaires est maintenant rendu certain et facile par la recherche du microbe causal ; il me suffira de nommer la diphtérie, la tuberculose, la malaria, l'anthrax, la gonorrhée, etc... Le plus grand de tous ces progrès, parce qu'il a une portée plus large, ça été la prophylaxie des maladies, surtout la prévention des maladies septiques après les opérations, amenée par les découvertes de lord Lister. A l'aide de ces découvertes, on a pu prévenir l'occurrence de la septicémie dans les blessures faites sans briser la peau ; les chances de septicémie dans les plaies septiques sont de beaucoup diminuées ; des vies nombreuses sont épargnées, non seulement à cause de cela, mais parce que le traitement listérien permet d'entreprendre plus d'une opération heureuse qu'autrement on n'aurait pas voulu tenter. Dans d'autres cas, la prophylaxie a une grande valeur, comme dans la diphtérie et le traitement de Pasteur contre la rage, que l'on peut avec exactitude regarder comme des traitements prophylactiques plutôt que curatifs.

" Enfin, je citerai les progrès accomplis dans la guérison des maladies. Dans la diphtérie, il ne peut y avoir aucun doute que l'antitoxine ne soit un agent curatif très puissant, et que, employé dès le début, il ne coupe court à la maladie. Pour le tétanos, les preuves au sujet des animaux sont absolument convaincantes, mais l'effet n'est pas certain chez les malades souffrant de la maladie, probablement parce que nous avons affaire à une affection aiguë qui suit sa marche avant que le sérum ait le temps d'agir. Ceci peut aussi être le cas avec le sérum antistreptococcique, bien que j'aie des doutes sur sa valeur curative. Dans d'autres maladies, comme la peste et les morsures de serpent, nous pouvons espérer pour

plus tard un moyen de guérison ; tandis que sur la pneumonie, des recherches sont faites actuellement qui pourront donner des résultats importants, enfin n'oublions pas de mentionner la méthode de Pasteur pour inoculer le bétail contre l'anthrax.

“ Que dirai je de la nouvelle tuberculine ? Nous savons tous combien Koch est un observateur soigneux, et le fait qu'il la regarde comme un remède de valeur est suffisant pour nous engager à en faire, avec espoir, un essai prudent. J'ajouterai que j'ai toujours eu une idée favorable de l'ancienne tuberculine, lui donnant, contre la phthisie, le rôle de l'iodure de potassium contre la syphilis, et, si j'en-se été un médecin, je ne crois pas que je l'eusse abandonnée avec la même rapidité que celle avec laquelle on l'a mise de côté.

“ Je pourrais citer d'autres exemples du bien immédiat apporté par les recherches pathologiques, tels que les progrès dans le traitement des affections tuberculeuses des os et des articulations, dus à la connaissance plus complète de la nature et de la distribution de la maladie, le traitement de l'appendicite, les recherches sur la péritonite et les maladies de l'appendice, le perfectionnement des opérations du cancer à la suite de l'étude complète de son mode de propagation, et ainsi de suite ; mais j'en ai dit suffisamment pour montrer la grande importance et la valeur des recherches pathologiques. Ces résultats doivent nous encourager à continuer de travailler de toutes nos forces et sans répit, nous rappelant que beaucoup souffrent encore et meurent tous les jours, que peut-être, nous pourrions sauver si nous avions seulement un peu plus de connaissances sur les fonctions de l'organisme et les phénomènes de la maladie. ”

HEMATOMYÉLOPORE.

Le Dr IRA VAN GIESON donne ce nom à un état spécial de la moëlle épinière faisant suite à un traumatisme, et qu'il faut distinguer, cliniquement et pathologiquement, de la syringomyélie. Il en rapporte trois cas, l'un spontané, les autres traumatiques. Cet état pathologique, défini, croit-il, pour la première fois, est caractérisé par une canalisation clairement prononcée de la moëlle, siégeant habituellement dans les cornes postérieures. La dégénérescence du tissu et la formation de la cavité sont hors de proportion avec les traces de sang effusé que l'on constate. Les expériences qu'il a faites, en injectant des liquides dans la moëlle, lui ont prouvé que la séparation des fibres se fait toujours dans une direction verticale, et généralement dans la substance grise. Il croit que ces lésions peuvent se différencier cliniquement de la syringomyélie par l'histoire antérieure de traumatisme, le début rapide des symptômes et le résultat habituellement fatal.

LA MALADIE DES BESTIAUX DE PICTOU.

Le Dr ADAMI (de Montréal) décrit les modes de propagation de cette maladie, les causes prédisposantes, les symptômes et l'anatomie pathologique. Le foie et les glandes lymphatiques sont infectés primitivement. Il décrit ensuite le microbe et en montre des cultures.

Le Dr McEACHRAN dit que la maladie existe à Pictou depuis quarante ans.

LE BACILLE TUBERCULEUX DANS LE LAIT.

Le Dr BOYCE discute la contagion de la tuberculose des animaux à l'homme. On a trouvé des bacilles tuberculeux dans le lait de vaches ayant des pis parfaitement sains. On a prouvé que le lait des vaches tuberculeuses est infectieux. Sur 111 échantillons de lait examinés à Liverpool, on a trouvé dans quatre des bacilles tuberculeux.

Le Dr ABBOTT et le Dr McEACHRAN insistent sur la difficulté de faire un examen microscopique satisfaisant du pis des vaches.

LA PLEURO-PNEUMONIE DES BESTIAUX.

Le Dr ADAMI ouvre la discussion. Il a été bien établi, par des experts, que le Canada est, depuis longtemps, indemne de la maladie ; mais le gouvernement impérial se refuse encore à reconnaître le fait. Les vétérinaires du gouvernement anglais, qui se sont prononcés sur la question, n'étaient pas des hommes compétents. Les experts du Canada, comme ceux d'Angleterre et des États-Unis, ont déclaré unanimement le pays libre de la maladie. On est d'opinion, au Canada, que le gouvernement impérial, en adoptant sans restrictions l'avis de ses vétérinaires, commet une injustice envers le Canada et envers les hommes de science.

Le Dr WELCH et le Dr McEACHRAN confirment les dires du Dr Adami.

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La discussion sur ce sujet n'a rien amené de nouveau. Le travail de Widal, que nous avons déjà publié (page 526), résume toute la question.

OPHTHALMOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

La section d'Ophthalmologie de l'Association Médicale Britannique a été très brillante. Les réunions avaient lieu dans la bâtisse McDonald, de 9 heures à midi, sous la présidence du Dr Nettleship, le savant professeur au Morfield Hospital, de Londres. Comme l'*Union Médicale* l'a annoncé, les officiers étaient les Drs Buller, Desjardins, Foucher et Stirling, de Montréal ; Dr Reeves, de Toronto ; Dr Smith, de Winnipeg ; Dr Bickerton, de Liverpool. Le Dr Jéhin Prume agissait comme secrétaire honoraire.

Quatre sujets de discussions étaient au programme :

I. *Hétérophorie, Indication et contre-indication, limites du traitement opératoire et non opératoire.*

M. le Dr Buller, qui avait été chargé d'ouvrir la discussion, a lu un très intéressant travail sur le sujet ; malheureusement, rien de nouveau n'a été produit, et l'on s'est contenté de parler de ce qui avait été déjà fait.

II. *De la vision des couleurs chez les employés des chemins de fer et de navigation.*

Beaucoup de paroles, beaucoup d'opinions, mais rien de sérieux, le Canada et les États-Unis ne possédant aucune loi positive sur cette question. Quelques compagnies, cependant, possèdent des règlements particuliers ; insuffisants pour la plupart.

III. *De l'antisepsie en chirurgie oculaire :*

Ici, encore, rien de nouveau. Un point, cependant, est que pour la plupart des membres de l'assemblée, l'acide borique est un antiseptique *extra faible* ; beaucoup lui préfère l'eau bouillie. Pour les instruments, l'acide phénique est à l'ordre du jour, ainsi que les solutions faibles de sublimé pour les lavages et le cyanure d'hydrargyre pour les cils.

IV. *De la prophylaxie des accidents oculaires chez les ouvriers.*

Ce sujet fut supprimé du programme au dernier moment.

Vingt-quatre travaux originaux ; sur ce nombre quatre médecins se sont fait excuser pour raison de santé.

Sur ce nombre de travaux, citons surtout celui du Dr F. Buller, de Montréal : *Contribution à l'opération dite de Mules*, avec nouveau procédé opératoire. Nous comptons donner prochainement un résumé de cet écrit.

Dr A. A. FOUCHER (Montréal).—*Contribution à l'étiologie de la dacryocystite* (voir page 537).

Dr GOULD (Philadelphie).—Rétinite pigmentaire sans pigment, avec de très intéressantes observations.

Dr R. L. RANDOLPH (Baltimore).—*Valeur de la pommade à l'acide salicylique dans le traitement du catarrhe printanier*. Ce traitement est appelé à rendre de grands services; l'auteur emploie une solution de *cinq grains à la drachme*.

Les Indiens sont-ils susceptibles d'avoir le trachôme ?

Telle est la discussion qui s'est élevée au sujet d'un travail du Dr G. F. Stevens (New-York) : *Suggestion concernant l'existence d'un élément dans l'étiologie du trachôme* : (British Medical Association 1897.)

Ce sujet n'est certes pas nouveau; chacun se rappelle encore les recherches faites par M. le Dr Foucher, de Montréal. Puis les travaux de la Société Française d'Ophthalmologie de Paris.

Nous allons tout d'abord passer en revue la discussion, après cela nous passerons aux commentaires.

Dr A. A. FOUCHER (Montréal).

Monsieur le Président :

« Vous me pardonnerez si je prends la parole, le premier, au sujet de l'étiologie du trachôme, mais le sujet m'intéresse tout particulièrement, ayant fait, il y a deux ans, une étude sur le trachôme au Canada. La Société Française d'Ophthalmologie de Paris a nommé, il y a deux ans, un comité international chargé de s'enquérir dans plusieurs pays de l'étiologie du trachôme. Ayant été nommé pour m'enquérir des faits relatifs à cette question pour le Canada, je me suis mis en relation avec plusieurs médecins du pays. Je vais vous relater brièvement le résultat de cette enquête.

Le Dr Dudge, de Halifax, n'a observé, pendant une période de trente années de pratique, que 4 à 5 cas de trachôme et encore ces cas n'étaient pas originaires du pays, mais provenaient des hôpitaux de New-York et de Boston.

Le Dr Simard, de Québec, n'a observé aucun cas de trachôme sur les bords du Golfe St-Laurent Sud, mais en a observé parmi les populations qui habitent la vallée du lac St-Jean, dans les régions éloignées du golfe.

Ici, à Montréal, les granulations abondent sans prédisposition apparente, si ce n'est dans la classe pauvre. Mais un fait remarquable, c'est qu'aucun médecin consulté, n'a jamais eu occasion de soigner le trachôme chez un sauvage.

Le Dr Horsey (Ottawa), Dr Agnew (Brandon), Dr Benoit (Edmondton), Dr E. Desjardins (Montréal), et beaucoup d'autres, ayant eu occasion de pratiquer la médecine parmi différentes tribus sauvages, m'ont affirmé le même fait.

Au Manitoba, à côté des *Cris* et des *Sauteurs* qui sont immunisés contre le trachôme, nous rencontrons les *Mennonites* qui sont ravagés par cette maladie. Ils vivent à peu près dans les mêmes conditions hygiéniques defectueuses; habitant dans des cabanes enfumées, mal jointes, dans une promiscuité complète. Pourquoi cette différence entre deux races vivant dans le même pays, dans le même milieu? Les *Mennonites* sont réceptifs en Russie, ils continuent à l'être, transportés et vivant au Manitoba; les sauvages au contraire sont immunisés par leur race et l'influence du milieu n'a aucune action.

Plus loin, dans le nord et l'ouest, les renseignements sont plus difficiles à obtenir; les Esquimaux sont, paraît-il, sujets à contracter une certaine maladie des yeux; mais, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir des missionnaires et des voyageurs qui visitent ces lointains pays, la maladie n'est autre chose que le *mal des neiges, maladie des glaciers*, et n'a rien à faire avec le véritable trachôme.

S'il est vrai que les Esquimaux sont immunisés contre le trachôme, je vois là une démonstration évidente des vues exprimées par le Dr Stevens, car les crânes des Esquimaux sont les plus beaux types des crânes qu'il décrit comme conférant une immunité possible au trachôme.

Il ressort de ces remarques que la race confère une immunité. Alors même que l'on aurait traité quelques cas de trachôme chez les sauvages de Caughnawaga (près de Montréal), il n'y aurait pas, par là, une preuve évidente que la race sauvage n'est pas immunisée, car s'il existe une race sauvage dans le pays qui est mêlée, métissée, c'est surtout la race iroquoise de Caughnawaga. Ceci prouverait tout au plus que les métis sont réceptifs à un certain degré. Je ferai remarquer, à ce sujet, que les sauvages de Caughnawaga, comme la plupart des autres races sauvages, vivent dans des conditions hygiéniques defectueuses et sont décimés par la tuberculose et la syphilis, et le fait de rencontrer parmi eux aucun cas de trachôme, prouve que même le métissage leur confère une immunité relative contre le trachôme.

L'influence du milieu semble être clairement démontrée par l'absence presque complète de trachôme sur le littoral de la mer, en bas de Québec et dans la Nouvelle-Ecosse.

En résumé, le trachôme est une maladie contagieuse qui exige un terrain approprié pour l'ensemencement et un milieu favorable pour le développement de la maladie. Chez les sauvages, le milieu est excellent, mais le terrain est impropre à la culture du trachôme.

DR A. PROUDFOOT : (Montréal). En réponse à la remarque faite par le Dr A. A. Foucher, de Montréal, traitant de la rareté du trachôme chez les Indiens de l'Amérique du Nord, je dois dire que, professant à Montréal depuis au-delà de vingt ans, il m'a été donné de constater que peu de cas de vrai trachôme chez les Indiens : environ une demi-douzaine de cas. Ceux-ci étant des Indiens appartenant aux tribus environnant Montréal.

DR RYERSON (U. S. A.) Je n'ai jamais constaté de cas de trachôme chez les Indiens du Canada, dans le territoire du Nord-Ouest.

D. B. E. Fryer, (Kansas City, Missouri, U. S. A.).—J'ai examiné une grande quantité d'Indiens. Les *Cheyennes*, les *Comanches*, et plus particulièrement de tous les *Nez-Percés*. Je n'ai jamais observé un cas de trachôme chez ces Indiens.

DR GOULD (Philadelphie, U. S. A.).—L'immunité des Sauvages et des Nègres au trachôme est probablement due à ce qu'ils ne se livrent à aucun travail d'application.

En réalité, la question se résume à ceci.

I. Le trachôme existe-t-il chez les Indiens ?

II. Les Indiens de race pure sont-ils immunisés ?

III. Les métis sont-ils réfractaires ?

IV. Les cas de trachômes observés chez des Indiens, étaient-ils réellement chez des Indiens de race pure, ou de race mêlée.

Nous espérons que le sujet n'est pas épuisé ; que de nombreuses recherches seront faites, et que, bientôt, nous saurons tout-à-fait à quoi nous en tenir.

(JÉHIN-PRUME).

Action de l'hydrastis canadensis sur le catarrhe bronchique.—Il y a six ans, Singer prescrivit de l'hydrastis à un malade atteint d'une affection tuberculeuse du larynx et qui avait eu une légère hémoptisie. Le malade racontait que dès le lendemain ses expectorations ne contenaient plus de sang et que la toux s'était atténuée. Cette constatation a amené l'auteur à essayer le même remède chez un phtysique. L'effet fut le même ; le malade dormit mieux et se sentit soulagé. Le catarrhe bronchique montrait une atténuation considérable. Encouragé par ce résultat, il a employé l'hydrastis dans une série de cas de bronchite et il a obtenu les résultats les plus satisfaisants. A son avis, l'hydrastis remplace avantageusement l'opium et ses dérivés.

(Centrablatt für innere Medicin 1er Mai 1897.)