

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1812.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ.

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX.

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XL

1er MAI 1911

No 5

MEMOIRES

DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE ET DES HEMORRHAGIES PELVIENNES D'ORIGINE TUBAIRE. (1)

Par AMÉDÉE MARIEN
Professeur de Clinique Chirurgicale.

Les hémorrhagies internes et pelviennes, d'origine tubaire, sont-elles toujours la conséquence d'une grossesse ectopique?

Il est intéressant d'étudier cette question, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

Ces hémorrhagies peuvent être *diffuses* ou *enkystées*; *diffuses*, elles se font dans la grande cavité péritonéale, avec grand fracas, c'est l'inondation péritonéale; *enkystées*, elles se font lentement, par un épanchement sanguin collecté dans le péritoine pelvien et plus spécialement dans le cul de sac de Douglass, c'est l'hématocèle classique retro-utérine. Plus rarement l'épanchement siège dans l'épaisseur du ligament large, c'est l'hématocèle extra-péritonéale, le *thrombus* du ligament large.

A Lawson-Tait revient l'honneur d'avoir montré en 1885, que la *grossesse extra-utérine* doit être invoquée, dans l'immense majorité des cas, comme la genèse des épanchements sanguins péri-utérins.

Depuis cette époque, jusqu'à ces derniers temps, tous les Auteurs et tous les Gynécologues ont admis sans conteste et souvent

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, Mars 1911.

sans contrôle histologique, que les hématoécèles rétro et péri-utérines étaient toutes la conséquence d'avortements et de ruptures tubaires.

N'y a-t-il pas là une exagération? N'est-il pas opportun de rechercher s'il n'existe pas d'autres *causes anatomiques* de ces *hémorrhagies*? "En effet, à l'heure actuelle, on est moins affirmatif et, à la suite de travaux tout récents, on admet des épanchements sanguins péritonéaux qui ne sont pas dûs à des grossesses tubaires." (Presse Médicale, samedi, 11 mars 1911).

"C'est ainsi que M. de Rouville a publié, l'année dernière, dans les Annales de *Gynécologie*, un cas d'hématoécèle rétro-utérine très considérable, ayant pour origine la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. Depuis lors M. Jayle a publié une série de faits analogues.

Enfin M. Louis Bazy a fait, dans la Revue de *Gynécologie*, une très intéressante étude de la "Salpingite hémorrhagique" sans grossesse, pouvant donner naissance à une hématoécèle."

"Dans la première des trois observations rapportées, la grossesse tubaire était certaine: le placenta était encore dans la trompe et les recherches microscopiques ont confirmé le diagnostic. Au contraire, dans les deux autres cas, si la grossesse et l'avortement sont certains au point de vue clinique, les recherches microscopiques ont été absolument négatives."

A la dernière séance de la Société Médicale, mardi le 21 mars 1911, je présentais les pièces fraîches d'un hématosalpinx et d'une hématoécèle rétro-utérine, que je venais d'enlever chez une malade, qui avait présenté, depuis deux ans, à la suite d'un accouchement, des symptômes d'infection génitale. Je vous présente ce soir, les préparations histologiques de ces pièces, que le Dr Saint-Pierre a eu la complaisance de préparer pour moi, au laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

L'examen histologique de ces préparations démontre, d'une façon évidente, qu'il s'agit bien en effet d'une hémorrhagie, qui s'est produite par un ulcère rond sur la paroi inférieure de la trompe, dilatée en ampoule, au niveau de son extrémité libre, immédiatement au-dessus de l'origine des franges du pavillon de cette trompe.

L'hémorrhagie a pour foyer, un ulcère rond, profond, bien vi-

visible à l'œil nu; un gros caillot solidement adhérent à l'ulcère fait irruption par l'orifice dilaté du pavillon de la trompe, et se continue dans l'espace de Douglass pour y former une volumineuse hématoécèle enkystée.

Au microscope, avec un faible grossissement, il est facile de se rendre compte, sur des coupes transversales de la trompe, au niveau de sa dilatation ampullaire, qu'un volumineux caillot sanguin organisé est en rapport immédiat avec la couche sous-muqueuse de la paroi de la trompe, avec laquelle il fait corps par des tractus fibrineux; la muqueuse de la trompe n'existe plus sur ces points de contact du caillot avec la trompe; le caillot semble être planté sur la paroi par des tractus fibrineux qui pénètrent dans le chorion sous-muqueux de la trompe. Ce chorion sous-muqueux est infiltré de leucocytes et de globules rouges; il est épaissi sur ce point de contact et se confond avec la couche musculieuse qui est elle-même dissocié et infiltrée de globules blancs et de quelques foyers d'hémorrhagies interstitielles.

L'on trouve, dans le chorion sous-muqueux épaissi, surtout sur les points d'implantation des tractus fibrineux, quelques capillaires dilatés et remplis de sang, ainsi que des artérioles et des veinules dont les parois sont dissociées et infiltrées de leucocytes. Il existe à ce niveau des foyers d'hémorrhagies interstitielles.

Plus profondément, dans la couche musculieuse, l'on observe une infiltration leucocytaire abondante, avec dissociation des faisceaux musculaires, formant par place des nodules, ayant l'aspect de petits abcès microscopiques.

Enfin, dans l'adventice conjonctivo-musculieuse, l'on remarque les mêmes lésions inflammatoires avec des foyers d'inflammation encore plus prononcés autour des vaisseaux. En effet des artères et des veines plus volumineuses, coupées transversalement, sont entourées d'un anneau d'infiltration leucocytaire. Sur toutes les préparations, l'épithélium de la muqueuse est abrasé et il n'existe plus au niveau du caillot. La muqueuse semble être ulcérée jusqu'à la sous-muqueuse.

Enfin, et c'est là le point important de cette communication, sur les nombreuses préparations histologiques que nous vous présentons, nous n'avons pas trouvé de traces de grossesse: pas de villosités choriales, pas de cellules déciduales, pas de cellules à noyaux multiples, pas de cellules syneitiales.

D'après l'examen histologique de ces préparations, nous avons donc le droit de dire, je crois, que nous n'avons pas trouvé trace de grossesse ectopique, pour expliquer la pathogénie de cet hémato-salpinx avec hématoécèle rétro-utérine.

Par contre, si nous n'avons pas trouvé de vestiges anatomiques de grossesse, nous avons le droit d'affirmer qu'il existe sur les pièces que nous présentons, de nombreux foyers microscopiques d'inflammation intense de la paroi de la trompe, avec destruction de la muqueuse, au niveau de laquelle existe un foyer hémorragique, avec caillot fibrineux organisé, qui semble être le point de départ de cet hémato-salpinx et de cette hématoécèle rétro-utérine.

Avec les deux observations rapportées par M. Louis Bazy, dans la Revue de Gynécologie et celle-ci, je crois qu'il est permis de croire qu'il existe bien une "salpingite hémorragique," sans grossesse, pouvant donner naissance à une hématoécèle.

J'ajouterai en plus, que si la grossesse ectopique n'est pas démontrée par les pièces que nous présentons, dans notre observation, elle est rendue encore bien plus problématique, par les symptômes cliniques observés chez la malade qui a fait le sujet de cette communication.

Voici l'observation clinique rédigée par mon interne, M. Lahaïe.

Madame Luc G. . . . , âgée de 38 ans, canadienne-française, s'est présentée à l'hôpital pour hémorrhagies graves, le 15 mars 1911.

Ant. Héa. — Père mort, 59 ans, *tuberculose*?

Mère, 76 ans, bonne santé.

3 frères vivants, 2 bien portants, le plus jeune débile.

5 frères morts, 3 en naissant, on ignore la cause.

1 à 4 ans, diphtérie; 1 à 22 ans, *tuberculose*.

6 sœurs vivantes, très bien.

3 sœurs mortes, 1 à 16 mois, *tuberculose*; 1 à 5 ans, bronchite; 1 à 16 ans, *tuberculose*.

Ant. Pers. — A 5 ans, rougeole et variole.

A 20, 21, 22 ans, amygdalite.

Habituellement constipée, abus de drogues, système nerveux, rien de remarquable.

Système respiratoire, très sensible aux rhumes; sommet droit submat, vibrations augmentées, respiration rude.

Système digestif: plutôt constipation.

Système circulatoire: à la pointe du cœur, souffle léger au second temps.

Système musculoso-squelettique: Aucune difformité,

Système séreux: Rien de remarquable.

Sens: Rien de remarquable.

Système génito-urinaire:

14 ans: menstruations, irrégulières, abondantes, durée de 5 à 6 jours, rarement douloureuses; parfois, sous l'influence de la fatigue, avancées de 1 à 2 semaines; elles duraient alors, de 9 à 15 jours. Rien autre, jusqu'au mariage.

32 ans, mariage.

34 ans, dix-sept mois après le mariage, naissance d'un enfant; accouchement relativement facile, excessive faiblesse pendant 3 mois, la malade commence alors, à reprendre graduellement des forces pour revenir à l'état d'avant la grossesse.

36 ans, dix-neuf mois après le premier enfant, naissance d'un autre enfant, accouchement laborieux; hémorrhagie abondante à la délivrance, 2 à 3 litres environ; les 4 à 5 jours suivants, diarrhée considérable et vomissements répétés; des coliques très vives torturent la malade; durant un mois et demi, toujours couchée; elle se rétablit lentement, il lui est possible de s'occuper un peu; les métrorragies durent 15 jours et reviennent 15 jours après leur cessation.

37 ans, — sept. 1910 — pendant une de ces métrorragies, l'abdomen devient gonflé, tendu, de fortes douleurs s'irradient de la région lombaire aux fosses iliaques droite et gauche; les métrorragies apparaissent un jour pour disparaître le lendemain, reparaître et disparaître encore; ainsi jusqu'en janvier 1911; vers le milieu de décembre, évanouissement deux fois.

38 ans, — 22 janv. 1911 — la malade s'évanouit dans la rue, on la ramène chez elle, où elle s'alite; plusieurs fois, ensuite, sous l'effet de trop fortes douleurs, elle s'évanouit à nouveau. La métrorragie devient continue, abondante, douloureuse; la malade vo-

mit souvent. Le médecin appelé prescrit toniques et lavages vaginaux, 3 fois par jour. Chaque lavage ramène des caillots très fétides.

22 février 1911, changement de tonique, glace sur l'abdomen, continuation des lavages. Tout s'améliore: le gonflement diminue chaque jour, les vomissements et la douleur disparaissent, la métrorragie diminue; la température qui était montée jusqu'à 103 revient à la normale.

Une opération chirurgicale avait été décidée; les symptômes ainsi améliorés, on transporte la malade à l'hôpital le 15 mars 1911, pouls à 100, température à 98.2.

16 mars, pouls à 100, température à 98.4.

17 mars, opération: Laporatomie, hématosalpinx et hématoécèle. Ovariectomie bi-latérale. Le pouls bat de 80 à 112 pour revenir à 96, le soir, température normale.

Suites opératoires normales.

Réflexions: De même qu'il existe sur la muqueuse de l'estomac des ulcères ronds, à peine visibles à l'œil nu, capables de produire des hémorragies foudroyantes, n'est-on pas en droit de se demander si des ulcères de la muqueuse des trompes malades ne sont pas susceptibles de provoquer des hémorragies pelviennes graves.

INHALATIONS D'OXYGENE

Par le Docteur ARTHUR JOYAL, de Montréal.

Les faits scientifiques démontrés dans les laboratoires retardent souvent de recevoir une application pratique, parce qu'ils sont généralement publiés dans des Revues spéciales d'ordinaire peu lues par les praticiens. Ce n'est souvent qu'après un certain nombre d'années que les traités didactiques, résumant les progrès des sciences d'observation et des sciences expérimentales, portent à la connaissance du praticien ces faits nouveaux qui, l'obligeant à remanier sa pratique, l'entraînent à des suppressions ou à des additions dans ses moyens de traitement.

Devant ces variations incessantes de la science qui viennent successivement changer nos procédés thérapeutiques, certains esprits paresseux ou mal préparés à l'étude des sciences se décou-

ragent, restent routiniers ou tombent dans le scepticisme. Je crois peu à l'athéisme de ces derniers; car il est plus facile de rejeter comme absurde un problème difficile que de le résoudre.

Par contre, à côté des brouillons de la thérapeutique qui acceptent sans contrôle toutes les drogues que la chimie leur propose, il y a ceux qui ont une confiance irraisonnée, superstitieuse dans la vertu curative des médicaments. Entraînés par leur foi naïve, ils en administrent dans la pneumonie, par exemple, chez le même malade, dans le nyctémère, systématiquement à doses agressives sous forme gazeuse, sous forme liquide, sous forme solide successivement par les voies respiratoires, par la voie stomacale, par la voie sous-cutanée, par la voie rectale; sans compter la saignée coup sur coup. Je vous laisse à juger du résultat d'une aussi brutale agression thérapeutique. Il faut craindre comme la dynamite ces bouillabaisse médicamenteuses. Il ne faut pas s'imaginer que les religions ont le monopole exclusif de la superstition; nous avons, nous aussi, nos superstitieux fanatiques. Lorsqu'il m'arrive d'en rencontrer auprès d'un patient, je salue et je passe, nous n'habitons pas les mêmes régions scientifiques. Les patients qui acceptent les soins de ces thérapeutes agressifs ont le médecin qu'ils méritent.

La saine thérapeutique moderne demande une discrétion plus raisonnée, plus attentive dans l'application de nos moyens de traitement. Il faut analyser un à un les éléments du phénomène morbide complexe qu'est la maladie, distinguer ceux qui représentent des éléments de défense de ceux qui dépendent de l'agression morbide, aider l'effort médicateur des premiers, commander les autres. Mais nous reviendrons plus au long sur ce sujet dans un article ultérieur sur le traitement de la pneumonie. Nous voulons, aujourd'hui, attirer l'attention seulement sur un fait scientifique généralement méconnu, si nous en jugeons par la persistance avec laquelle se maintient la pratique absolument illusoire des inhalations d'oxygène dans la pneumonie.

Lavoisier, et plus tard Regnault et Reiset, avaient établi cette loi physiologique que la consommation d'oxygène reste la même, à la pression barométrique ordinaire, dans l'oxygène pur ou dans l'air ordinaire. Mais Paul Bert avait cru remarquer, dans des expériences faites il y a une trentaine d'années, que le maximum

dans l'intensité des échanges gazeux respiratoires s'observe, à la pression barométrique ordinaire, dans un air à 45% d'oxygène. Sur la foi de ces expériences on préconisa les inhalations d'oxygène dans la pneumonie où l'encombrement sanguin rétrécit le champ de l'hématose. Mais ces conclusions de Paul Bert ont été contredites par divers expérimentateurs : Lukjanow, Kempner, L. Frédéricq, notamment L. G. de Saint-Martin qui a expérimenté sur l'homme.

Il découle des expériences de ces physiologistes cette conclusion, confirmant la loi de Lavoisier importante pour la pratique, *qu'il n'y a aucun avantage à augmenter la pression de l'oxygène au-dessus de celle qu'il a dans un air normal à la pression barométrique ordinaire.* Le poumon agit de façon semblable qu'on y fasse circuler de l'air ordinaire ou de l'oxygène pur, ni plus ni moins.

Le médecin doit donc abandonner cette pratique illusoire des inhalations d'oxygène dans la pneumonie, pratique coûteuse, fatigante et inutile pour le malade.

REVUE GENERALE

RECHERCHES DES CAUSES DETERMINANT LE SEXE

Par le Professeur DECORNET (1)

(Fin)

La théorie de Thury qui a expérimenté sur les animaux est antérieure à la théorie de Schenk et se résume ainsi :

1° Le sexe dépend du degré de maturité de l'œuf au moment où il est fécondé.

2° L'œuf qui n'a pas atteint un certain degré de maturité, s'il est fécondé, donne une femelle, quand ce degré de maturité est dépassé, l'œuf, s'il est fécondé, donne un mâle.

3° Lorsque, au temps du rut, un seul œuf se détache de l'ovaire pour descendre à travers le canal génital, il suffit que la fécondation ait lieu au commencement du temps du rut, pour qu'il en

(1) Voir *Union Médicale*, avril 1911.

résulte des femelles, et, pour qu'il en résulte des mâles, pendant la durée de son trajet dans le canal génital.

4° Lorsque plusieurs œufs se détachent successivement de l'ovaire pendant la durée d'une même période génératrice, les premiers œufs sont en général moins développés et donnent des femelles, les derniers sont plus murs et donnent des mâles.

Pour Richarz le sexe mâle est un degré d'évolution plus avancé que le sexe féminin.

Hallingsworth explique la loi de Thury d'une curieuse manière: " Si la fécondation a lieu sur un œuf peu avancé, elle met plus longtemps à se parachever et le spermatozoïde restant longtemps dans l'œuf est en quelque sorte féminisé par lui. Si elle a lieu sur un œuf très avancé, elle s'achève aussitôt et le spermatozoïde n'a pas le temps d'être féminisé au contact du plasma féminin.

Boissard est d'opinion que l'ovule jeune, au début de sa maturité est une cellule incomplète, imparfaite puisqu'elle n'a pas acquis tout son développement, qu'elle n'a pas parcouru son cycle. C'est pourquoi cet ovule, cette cellule encore imparfaite, lorsqu'il y aura fécondation, donnera naissance à un être faible, inférieur, c'est-à-dire à un produit féminin, à petit squelette, petits muscles, petit cerveau.

Le mode de nutrition de la mère, l'âge et la vigueur des parents, le milieu peuvent-ils influencer sur la production des sexes?

Je réponds par une analyse d'un petit opuscule de Dr Van Lint, de Bruxelles, qui a pour titre " Qu'est-ce qui détermine le sexe? " (1902). Vous verrez comme il est toujours facile en médecine de torturer les statistiques et de leur faire dire ce que l'on veut, et comment on peut toujours ramener à ses théories les choses qui devraient s'en éloigner le plus. Cependant cette théorie a été défendue dans une thèse de Paris en 1904, par Billon, et au congrès de gynécologie et d'obstétrique de France en 1910.

Qu'est-ce qui détermine le sexe ?

Si l'homme est plus faible que la femme, l'enfant est du sexe masculin; si la femme est plus faible que l'homme, l'enfant est du sexe féminin.

En un mot, la descendance est du sexe du procréateur le plus faible, au moment de la fécondation.

La vigueur des parents est considérée uniquement au point de vue de la vitalité de leurs cellules sexuelles.

Van Lint cherche à nous prouver par cinq hypothèses, qu'un ovule fécondé par un spermatozoïde plus fort que lui donne naissance à un organisme femelle.

1ère Hypothèse: il existe un antagonisme entre l'ovule et le spermatozoïde.

La condition principale à la reproduction c'est la différence entre les cellules reproductives: mobilité et immobilité d'un côté; et différence de volume d'un autre côté.

Chez l'homme, les cellules reproductives primitives semblables se sont peu à peu différenciées.

L'une a évolué dans un sens, en augmentant son volume, l'autre a évolué dans un autre sens, en s'allégeant d'un fardeau nutritif superflu et en acquérant une facilité de déplacement incomparablement plus grande qu'auparavant. Au point de vue morphologique, le spermatozoïde est petit, pauvre en substance protoplasmique; l'ovule est gros, riche en réserve nutritive.

Au point de vue morphologique, le spermatozoïde pauvre en matières nutritives est animé de mouvements progressifs; l'ovule riche en matières nutritives est passif. Donc il y a deux cellules différentes, aux caractères antagonistes. Enfin la fusion des cellules sexuelles (antagonisme frappant) produit un corps asexué, l'embryon, comme la combinaison d'un corps acide et d'un corps alcalin amène un corps neutre.

Pour Geddes et Thompson, le spermatozoïde est "catabolique" et l'ovule "anabolique."

2e Hypothèse: il existe un antagonisme entre les somas mâles et les somas femelles.

L'organisme mâle se différencie de l'organisme femelle non seulement par la présence de cellules sexuelles à caractères opposés, mais encore par des caractères sexuels secondaires; outre les organes génitaux externes il y a certains caractères sexuels qui distinguent le mâle et la femelle: la crinière du lion, l'ergot du coq, les cornes du cerf; certaines différences dans le plumage, la taille, le larynx, les goûts, les habitudes, etc. Dans les organes internes, n'y auraient-ils pas aussi des caractères sexuels différents que nous découvriront un jour. Nous pouvons admettre que toute cellule de l'organisme possède un caractère sexuel secondaire, visible ou non.

Van Lint cherche à nous prouver dans l'échelle animal que les caractères somatiques du mâle et de la femelle sont différents et antagonistes ; et, dit-il, en terminant ses recherches, l'embryon d'un animal unisexué est tout d'abord hermaphrodite. Ensuite le soma se différencie en mâle parallèlement à la spécialisation de la glande en testicule, ou en femelle parallèlement à la spécialisation de la glande génitale en ovaire. Cela nous montre que le diamorphisme somatique est dû à l'atrophie de l'un des organes sexuels et à la persistance de l'autre. Le diamorphisme sexuel somatique n'est autre chose que ce que nous avons appelé les caractères sexuels secondaires.

3e Hypothèse: il y a, au point de vue sexuel, un antagonisme entre les cellules sexuelles et les cellules somatiques du mâle; de même entre les cellules sexuelles et les cellules somatiques de la femelle.

La cellule sexuelle mâle s'appelle spermatozoïde et la cellule femelle ovule

Les cellules somatiques du mâle s'appellent parovules, et les cellules somatiques de la femelle, paraspermatozoïdes.

Van Lint cherche à prouver que les parovules et les paraspermatozoïdes, non seulement dépendent les premiers des spermatozoïdes, les seconds des ovules, mais leur sont antagonistes: c'est-à-dire que l'homme est un être équilibré, résultant de la réunion de deux facteurs non équilibrés: les cellules sexuelles et les cellules somatiques. Les caractères de la partie atrophiée se sont portés en se modifiant, sur les cellules somatiques. C'est encore dans la série animale ou la flore que Van Lint va chercher les preuves de sa théorie. La castration modifie les caractères somatiques.

4e Hypothèse: les cellules somatiques du mâle sont équivalentes, au point de vue sexuel, aux ovules; les cellules somatiques de la femelle aux spermatozoïdes.

Van Lint prouve cette quatrième hypothèse par la géométrie et l'algèbre. Je vous fais grâce de cette démonstration.

5e Hypothèse: les propriétés des cellules somatiques modifient les propriétés des cellules sexuelles. Ce phénomène se passe non-seulement pendant l'état adulte de l'organisme, mais même pendant le stade embryonnaire.

C'est encore dans d'autres règnes que Van Lint semble prouver

son hypothèse. Mes capacités en histologique et en embryologie ne sont pas assez considérables pour le suivre ou même le comprendre sur ce terrain.

Voilà pour la théorie. Passons maintenant à l'explication de la théorie. Il faut de toute nécessité que l'une des deux cellules, spermatozoïde ou ovule, soit plus forte que l'autre. Si l'ovule est plus faible que le spermatozoïde, nous aurons la naissance d'une femelle, et *vice versa*. Quels sont les processus qui mènent à cette conclusion ? La cellule provenant de la conjugaison d'un spermatozoïde fort et d'un ovule faible aura des propriétés spermatozoïdes mâles, plus développées que ses propriétés ovulaires, femelles (1^{ère} hypothèse). Toutes les cellules, dérivant, par division, de l'œuf fécondé, présenteront cette prédominance des propriétés inhérentes au spermatozoïde.

Tout le soma de l'embryon sera donc mâle, ou mieux ce soma sera composé de cellules paraspermatozoïdes (4^e hypothèse). Nous avons vu que tout organisme était équilibré, avait des éléments mâles et des éléments femelles, que ces éléments existassent dans les cellules génitales ou dans les cellules somatiques (3^e hypothèse).

Les cellules somatiques de l'embryon qui n'ont, au début, qu'une légère tendance sexuelle, se multiplient rapidement ; parallèlement leur tendance sexuelle augmente.

Dans l'exemple d'un ovule plus faible, les cellules somatiques augmenteront leur qualité de cellules paraspermatozoïdes. Il se produirait bientôt un état de déséquilibre, s'il ne se formait des caractères sexuels opposés pour rétablir l'équilibre. Or, ces caractères apparaissent dans la glande génitale ; il s'y forme des cellules aux caractères opposés aux paraspermatozoïdes, c'est-à-dire des ovules (3^e et 5^e hypothèse) ; les ovules caractérisant l'organisme que l'on appelle femelle, nous avons donc la naissance d'une femelle.

En règle générale, toutes les cellules d'un même organisme jouissent d'une vitalité identique ; il existe un parallélisme entre l'énergie biologique des cellules somatiques et celles des cellules sexuelles. Cependant ce parallélisme peut être en défaut sous l'influence de causes locales ou de causes générales. Dans ce cas ce sont les cellules sexuelles qui sont affaiblies en premier lieu.

En pratique, on peut estimer la vitalité des cellules sexuelles d'après les cellules somatiques.

Pour estimer la valeur du spermatozoïde et de l'ovule, c'est sur la vitalité de l'homme et de la femme que nous devons nous baser et c'est par un examen médical complet qu'on y arrivera ; il faut :

- 1° Rechercher l'hérédité ascendante, descendante et collatérale ;
- 2° Etudier les maladies dont le sujet a été atteint avant le jour de l'examen ;
- 3° Etudier subjectivement et objectivement tous ses organes ;
- 4° Tenir compte du métier qu'il exerce ;
- 5° Envisager le milieu où il vit ;
- 6° Tenir compte de son âge.

Avec ces six points Van Lint explique beaucoup de faits autrement que les autres théoriciens.

Ainsi Thury, dit que, chez les animaux saillies au début du rut, quand l'ovule n'est pas encore mûr, on obtient des femelles parce que l'ovule n'a pas encore atteint son complet développement ; à la fin du rut on aura des mâles parce que l'ovule est vieux, bien mûr. Pour Van Lint, au début du rut, l'ovule est jeune, peu développé, relativement moins fort que le spermatozoïde : naissance de femelle ; à la fin du rut nous avons le contraire pour l'ovule et pour le spermatozoïde, donc le contraire pour l'ovule et pour le spermatozoïde, donc naissance de mâle. Mais dès qu'il vient s'y ajouter des différences de vigueur entre le mâle et la femelle, nouveaux facteurs qui modifient la vitalité du spermatozoïde et de l'ovule, l'époque du rut perd de son importance. Voilà ce qui explique les exceptions à la loi de Thury.

L'influence du milieu, théorie de Schenk (conditions de nourriture, température, etc.), n'agit pas directement sur la détermination du sexe ; elle agit sur le spermatozoïde et l'ovule rendant le spermatozoïde plus ou moins fort par rapport à l'ovule ; et c'est alors cette inégalité de vigueur qui détermine le sexe.

On peut attribuer la prédominance des naissances masculines (106 contre 100) aux conditions dans lesquelles vivent les hommes et les femmes. L'homme travaille, se fatigue plus que la femme ; plus qu'elle il s'adonne aux excès de tous genres. Il en résulte un épuisement, une faiblesse plus grande chez l'homme que chez la femme. Après une guerre le nombre des naissances mascu-

lines l'emporte de beaucoup sur le nombre des naissances féminines.

On explique encore de même le rôle que joue l'âge des parents. Plus un homme surpasse l'âge de sa femme, plus il a de chances d'être moins vigoureux qu'elle, et, conséquemment, plus il aura d'enfants mâles.

Cette théorie du plus faible générateur est reprise et défendue énergiquement par L. Billon dans sa thèse en 1904. Nous l'entendons y revenir au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie en 1910.

"C'est en étudiant, dit-il, quelques courtes statistiques que notre attention se porta sur ce fait, que la loi de Thury, vraie dans la grande majorité des cas, présente des lacunes et des sujets d'erreur.

Un exemple: une femme a ses règles le 15 du mois, elle se marie à la fin du même mois, ne revoit pas ses époques le mois suivant, et pourtant, bien que fécondée avant la maturation complète de l'ovule, elle donne naissance à un garçon. Nous avons recherché la cause de cette infraction et nous avons trouvé, que, dans ce cas, le générateur mâle était faible, plus faible que le générateur féminin. Elargissant cette donnée, on peut en déduire des conséquences importantes.

"Puisque un mâle naît dans les cas de faiblesse génitale du père, un produit féminin naîtra dans le cas inverse. Une femme avant et pendant ses règles est une malade, une nourrice est manifestement en état d'infériorité; la conception sera féminine. Un homme alcoolique, saturnin, ou tuberculeux, un mâle surmené, fatigué, très âgé donneront un enfant de sexe masculin."

Billon reprenant les hypothèses de Van Lint, les explique, les amplifie, les rend plus lucides. J'ai lu Van Lint attentivement mais péniblement; j'ai compris plus facilement la thèse de Billon. Ce que j'ai omis de dire en résumant Van Lint, je le reproduis ici après avoir analysé Billon. On me pardonnera de scinder ainsi le premier travail; mon excuse est facile à concevoir: je voudrais éviter autant que possible les répétitions. Les deux travaux sont faits dans le même esprit et prône la même thèse ou théorie; l'un prouve par l'algèbre et la géométrie, l'autre parle un bon français et j'ai préféré ce dernier langage pour parler à mes confrères qui l'entendent en général mieux.

Billon nous rappelle d'abord la formation des cellules sexuelles, la formation et la maturation de l'ovule, la formation et la maturation du spermatozoïde ; puis, il nous décrit la fécondation dont vous connaissez les phases. Mais il est un point sur lequel il insiste davantage, parce que c'est pour ainsi dire la base de la théorie qu'il défend à la suite de Van Lint. La fécondation pour Van Lint, Billon et Le Dantec ne serait après tout qu'une opération de chimie. " Les deux éléments, dit-il, sont en présence, contenant l'un toutes les substances droites, l'autres toutes les substances gauches d'une espèce considérée ; l'un d'eux, l'ovule, est immobile parce qu'il est chargé de substances inertes, l'autre, le spermatozoïde, est tout à fait libre et mobile ; il se meut sous l'influence des réactions qui ont lieu entre le milieu ambiant et sa propre substance qui se détruit lentement. Les deux éléments sexuels sont d'ailleurs à la condition de destruction, puisque ce sont des plastides incapables d'assimilation. La destruction lente de l'ovule répand dans le milieu ambiant des substances gauches, résultant de la décomposition des substances plastiques gauches, et ces substances diffusées ont, à cause de leur dissymétrie gauche, le pouvoir de réagir avec les substances droites du spermatozoïde. C'est précisément la condition nécessaire et suffisante pour qu'il y ait attraction chimiotactique, et l'ovule joue, par rapport au spermatozoïde le rôle de tube de Pfeffer dont l'acide lactique attire les anthérozoïdes de fougères. Les anthérozoïdes viennent à l'orifice du tube d'acide lactique et y pénètrent, de même, si l'ovule a un microphyle, les spermatozoïdes viennent à ce microphyle et l'un d'eux pénètre dans l'ovule."

Puis suivent les différentes phases de la fécondation. En résumé, deux quarts de noyau de sexualité inverse s'unissent pour former le demi-noyau, futur noyau de la cellule-fille et résultat normal de toute cariocinèse. D'après ce qui précède il est facile de voir qu'il y a un temps où l'ovule n'a pas, par aucune modification jusqu'à présent accessible à l'observateur, un sexe bien défini.

Billon expose alors les deux questions suivantes :

L'ovule a-t-il un sexe ?

L'œuf avant l'apparition des noyaux génitaux évolue-t-il fatalement vers tel ou tel genre ?

Certains auteurs, tels que Gallien, Parménide, Rhadès, Pline, Venette, Millot, Procope, Guillot père, mettaient le sexe masculin dans l'ovaire droit, le féminin dans l'ovaire gauche. Richarz, Schirak, Huber, Réaumur, Coste soutiennent que l'ovule a un sexe déterminé. Pour Orchausky, Paolo Lombrozo, Cleisz, Madame Réat, Giard, Boru, Jung, Schenk, dès le début, les deux sexes existent dans l'œuf fécondé, ils y sont en puissance; l'œuf est pour ainsi dire hermaphrodite. Cuénot pense que le sexe est fixé d'une façon irrévocable dans l'œuf lui-même.

Pour soutenir la théorie de l'indifférence sexuelle, les auteurs se basent sur diverses expériences. Jung a opéré sur des têtards et a prouvé, sur ce genre d'animal, l'influence de la nourriture; Madame Réat, sur les papillons; Molliard, sur le chancre.

Ici, Billon fait intervenir une autre théorie qui lui paraît très intéressante et qui semble toute naturelle: "Chaque élément sexuel est chargé d'une certaine quantité de sexe.

L'union, la fécondation se fait, et une quantité déterminée de sexe mâle, va neutraliser une égale quantité de sexe femelle contenue dans l'ovule. Mais comme il est impossible que les deux cellules reproductrices aient exactement la même quantité de sexe, il s'en suivra, qu'une fois les quantités de sexe neutralisées, il y aura un excédent de sexe d'un côté ou de l'autre. "Si l'on accepte que cette substance cellulaire non neutralisée, est le germe des cellules sexuelles de l'individu, on peut expliquer que la constitution coïncide avec le type du sexe."

L'inégalité de la charge sexuelle renfermée dans la cellule, peut tenir à deux causes: 1° A une inégalité des cellules somatiques des parents, 2° A une inégalité acquise par la cellule sexuelle, sous l'influence de son degré, plus ou moins considérable de maturité.

Cette théorie va très bien à Billon, mais il préfère en changer les termes. Il lui semble qu'au lieu de la quantité de sexe, si on disait quantité de protoplasme et de chromatine, on serait peut-être dans le vrai?

Le pronucléus mâle et le pronucléus femelle en se rencontrant tendraient mutuellement à s'annihiler. Les quantités qui ne peuvent être exactement équivalentes ne se neutraliseraient pas toutes deux entièrement et ne pourrait-on pas baser sur ces données la théorie de la détermination du sexe? Si l'on mêle deux

sucre, l'un lévogyre, l'autre dextrogyre en quantités inégales, le polarimètre dévie du côté du sucre le plus abondant. N'en serait-il pas de même dans la fécondation.

Il y a donc antagonisme entre l'ovule et le spermatozoïde. Puisqu'il existe un antagonisme entre l'ovule et le spermatozoïde, puisqu'ils sont l'un lévogyre, l'autre dextrogyre, ils sont produits par deux somas antagonistes et à plus forte raison au point de vue sexuel il y aura antagonisme entre les cellules sexuelles et les cellules somatiques du mâle, de même entre les cellules sexuelles et somatiques de la femelle.

Pour Van Lint et Billon, les cellules somatiques et sexuelles sont dépendantes les unes des autres, et de plus, sont opposées les unes aux autres. Les testicules et les ovaires produisent une sécrétion interne qui se répand dans l'organisme. Cette substance provoque dans toutes les cellules de l'organisme une réaction, qui se manifeste à nous par ce que nous appelons les caractères sexuels secondaires.

En résumé, dit Billon, nous nous trouvons donc en présence de deux quarts de noyau qui doivent pour vivre, s'unir, se compléter l'un par l'autre. Comme ils sont antagonistes des cellules somatiques, le noyau, la cellule qui résultera de leur fusion évoluera vers le sexe, non pas du parent le plus fort, mais du plus faible générateur.

Après avoir étagé sa théorie sur des faits et des statistiques, Billon ajoute : l'étude des faits, des hypothèses, des preuves nous a conduit à cette conclusion, le plus faible générateur donne son sexe au produit de conception. S'il en est ainsi, deux conséquences se dégagent aisément. D'une part, on devra voir l'enfant ressembler à son ascendant le plus fort, d'autre part, le parent le moins fort sera remplacé dans la nature, ou autrement dit, les conséquences de la théorie seront l'hérédité croisée et l'auto-régulation.

Voilà, messieurs, la théorie de Van Lint, théorie soutenue deux fois, par Billon. J'en ai fait un résumé aussi succinct que possible, et pour être bien dans la note de cette thèse j'ai cité textuellement tout en abrégeant ou en retranchant ce qui ne me paraissait pas essentiel.

Après avoir repris les arguments et les preuves de Van Lint, Billon conclut avec le même auteur :

“ Mais où les conséquences de notre théorie apparaissent c'est dans l'autorégulation des naissances.

“ Dans notre théorie, c'est le plus faible qui donne son sexe. Sa débilité trouvera sa balance dans la production d'un être qui perpétuera son sexe. La nature, suivant le mot de Van Lint, se hâte de remplacer celui qui est destiné à périr le premier. Et le même auteur ajoute : “ Garantir la persistance des races, en épargnant le sexe du plus faible, si ce faible donne en même temps sa vitalité appauvrie, cela n'est pas suffisant, on arriverait bientôt à la déchéance progressive des races. Il n'en est pas ainsi.”

“ En effet, de même que chez les amides, lorsqu'elles sont sur le point de périr, il y a une rencontre vivifiante de noyaux, de même chez l'homme, le faible, en vertu de l'hérédité croisée, hérite du sexe de son plus faible générateur mais la descendance hérite du soma du plus fort, et ainsi “ le faible est non-seulement épargné mais fortifié.”

Messieurs en terminant cette étude, peut-être un peu longue, il me semble que je ne vous ai pas plus convaincus que je ne le suis moi-même de l'efficacité des moyens de procréation des sexes à volonté.

La théorie de Van Lint, la plus nouvelle et la plus retentissante, a un avantage considérable sur les autres. Si elle n'est pas vraie et juste, elle nous offre au moins une porte de sortie largement ouverte dans les déceptions de nos espérances basées sur notre diagnostic précoce. En effet, il est si difficile dans bien des circonstances d'apprécier la vitalité respective des parents, de leurs cellules somatiques et de leurs cellules sexuelles, qu'on peut toujours rejeter l'erreur du diagnostic sur une faute d'appréciation de cette vitalité.

Pour moi, cette théorie ne vaut peut-être pas plus que celle de Napoléon Ier qui conseillait, à sa cousine enceinte, de prendre un verre de vin tous les jours si elle voulait un garçon. Cette cousine eut une fille. Est-ce la faute de la qualité ou de la quantité du vin ingurgité ?

Messieurs, je termine enfin comme le faisait Basset en concluant “ son exposé de la détermination des sexes.” Dans cette question de la procréation, tous ceux qui s'en sont occupés ont plus ou moins déraisonné ; et du haut en bas de l'échelle sociale, chacun recommande sa recette plus ou moins infaillible.

“ Je crois que pendant longtemps la sagesse humaine devra prendre, selon le proverbe, le temps comme il vient, les enfants comme ils naissent.”

INTERETS PROFESSIONNELS

LE BILL RODDICK

LOI A L'EFFET DE MODIFIER LA LOI MEDICALE DU CANADA

NOTE. — Les paragraphes importants sont imprimés en italiques; ce sont les seuls qui nous intéressent.

Qu'on relise L'Union Médicale de Janvier et Février 1910, où nous avons formulé les objections au bill primitif, tout en proposant des amendements utiles, nécessaires même pour sauvegarder nos droits dans le présent comme dans l'avenir. Ces amendements ont été ajoutés au bill que nous publions ci-dessus. (12-24: 8: (a).

Une chose me frappe, la voici: dans le projet soumis au parlement fédéral l'année dernière, il y avait un dernier paragraphe (21) qui disait:

“Le présent acte ne sera pas interprété comme autorisant la création d'écoles de médecine, ou donnant à quelque titre un enseignement médical.”

Chose curieuse, on a retranché ce paragraphe dans le projet soumis cette année et on en parle nulle part ailleurs. Nous demandons à ce qu'on ajoute cette clause 21. Elle est très importante et ne prête à aucune ambiguïté. J'ai déjà dit et écrit que ce projet nous conduisait tacitement à l'Université d'Etat; nous vivrons assez vieux pour voir cela, si nous ne protégeons pas suffisamment nos universités respectives.

Déjà on nous enlève un privilège important: celui de déterminer nous-mêmes dans quelles conditions nous devons accepter les diplômes des médecins étrangers qui veulent exercer chez nous. (Voir le paragraphe 7, h). Le Conseil Médical s'arroge le pouvoir de décider si tel ou tel diplômé étranger peut exercer dans telle province et on lui accordera son permis indépendamment des Conseils provinciaux. Nous ne sommes plus maîtres chez nous.

Les Universités Anglaises n'ont rien à craindre, je crois même qu'elles le désirent, c'est nous qui en souffririons.

Allons, Monsieur le président, pourquoi a-t-on retiré ces deux lignes? Est-ce que l'hameçon effrayait le poisson?

A. L.

(Réimprimé tel qu'amendé et rapporté par le Comité spécial auquel il a été renvoyé.)

Sa Majesté, de l'avis et du consentement du Sénat et de la Chambre des Communes du Canada, décrète:

1. Sont abrogés les alinéas c) et d) de l'article 2 de la *Loi médicale du Canada*, chapitre 137 des Statuts révisés, 1906, et remplacés par les suivants:

"c) "Université" signifie toute université qui a un département médical enseignant et qui a le pouvoir d'accorder des grades en médecine;

"d) "école de médecine" comprend toute institution reconnue par un conseil médical provincial où la médecine est enseignée."

2. Sont abrogés les alinéas c) et e) de l'article 5 de la dite loi et l'alinéa qui suit est édicté à titre d'alinéa c) du dit article;

"c) d'établir et de fixer les qualités et conditions nécessaires pour l'inscription, les examens à subir relativement aux sujets professionnels seulement, et, en général, les conditions requises pour l'inscription; pourvu que le conseil n'établisse ni ne fixe aucune des qualités ou des conditions auxquelles il faut se conformer préliminairement ou nécessairement pour la matriculation pour l'étude de la médecine ou pour l'obtention de la patente provinciale; ces sujets étant réglementés comme par le passé par les autorités provinciales."

3. Sont abrogés les paragraphes 1 et 3 de l'article 7 et remplacés par ce qui suit:

"7. Le conseil se compose de—

"a) trois membres nommés par le Gouverneur en conseil, dont chacun doit résider dans une province différente; mais tant que les provinces de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique n'auront pas droit à une représentation universitaire, deux des trois membres ainsi nommés devront être choisis dans deux de ces trois provinces;

"b) deux membres représentant chaque province, qui sont élus sous l'autorité de règlement à être faits à cet égard par le conseil médical provincial;

"c) un membre de chaque université ou de chaque collège ou école de médecine constitués en corporation au Canada, qui a des arrangements avec une université pour la collation des grades à ses élèves, activement engagé à l'enseignement de la médecine, et qui est élu par l'université ou par ce collège ou cette école aux termes des règlements qui peuvent s'appliquer;

"d) trois membres qui peuvent être élus par les praticiens ho-

méopathiques du Canada, dont chacun doit résider dans une province distincte.

4. Sont abrogés les paragraphes 1, 2, 3 et 4 de l'article 8 de la dite loi et les paragraphes qui suivent sont édictés à titre de paragraphes 1 et 2 du dit article:

5. La durée de la charge des membres est de quatre ans.

"2. Tout membre peut en tout temps donner sa démission par avis écrit de cette démission adressé au président ou au secrétaire du conseil, ce dernier immédiatement en donne avis par écrit s'il s'agit d'un membre nommé, au secrétaire d'Etat du Canada, et, s'il s'agit d'un membre élu, au secrétaire du conseil médical de la province, ou à l'université, à l'école de médecine ou au collège de médecine constitués en corporation, ou, si le représentant des praticiens homéopathiques démissionne, aux représentants homéopathiques qui restent dans le conseil.

5. Est modifié le paragraphe 2 de l'article 10 de la dite loi par le retranchement des mots "vingt et un", à la deuxième ligne du dit paragraphe et la substitution du mot "onze".

6. Est abrogé l'alinéa b) du paragraphe 1 de l'article 11 de la dite loi et remplacé par le suivant:

"b) la convocation et la tenue des assemblées du conseil et les dates et les localités où doivent avoir lieu ces assemblées et l'expédition des affaires à ces assemblées."

7. Sont abrogés les alinéas g) et h) du dit paragraphe 1 de l'article 11 et remplacés par les suivants:

"g) l'établissement, le maintien et la tenue réelle d'examens relativement aux sujets professionnels seulement, afin de s'assurer si les candidats possèdent les qualités requises; le nombre, les époques et le mode de ces examens; la nomination des examinateurs, et généralement tout ce qui se rattache à ces examens, ou est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but;

"h) l'admission aux examens de porteurs de diplômes obtenus hors du Canada d'une école de médecine reconnue par le conseil."

8. Est abrogé l'alinéa a) de l'article 12 de la dite loi et remplacé par le suivant:

"a) Nul candidat n'est admissible à un examen prescrit par le conseil à moins qu'il ne soit porteur d'une patente provinciale, ni à moins qu'il ne présente un certificat du registraire de son propre conseil médical provincial établissant qu'il est porteur d'un

grade en médecine accepté et approuvé par le conseil médical de la dite province."

9. Est abrogé l'article 14 de la dite loi et remplacé par le suivant :

" **14.** Le conseil établit les règlements qui assurent aux praticiens homéopathiques et à tous les impétrants à l'inscription qui désirent être des praticiens de l'école homéopathique, des droits et privilèges relativement à l'inscription par le conseil qui ne soient pas inférieurs à ceux qu'ils possèdent maintenant en vertu des lois de toute province et sous l'autorité des règlements du conseil médical provincial de cette province."

10. Est abrogé l'article 16 de la dite loi et remplacé par le suivant :

" **16.** *Les sujets de l'examen et l'admissibilité des candidats sont décidés par le conseil, et les candidats peuvent, à leur choix, être examinés en anglais ou en français. La majorité du comité qui conduit l'examen d'un candidat doit parler la langue qui choisit le candidat pour son examen.*

" 2. Les examens ne peuvent avoir lieu qu'aux centres où il y a une université ou un collège activement engagé à l'enseignement de la médecine ou où il y a un hôpital ne contenant pas moins de cent lits."

11. Sont abrogés les paragraphes 2 et 3 de l'article 18 de la dite loi, et le paragraphe qui suit est dicté à titre de paragraphe 2 du dit article :

" 2. *Toute personne qui a reçu une patente ou un certificat d'inscription dans une province quelconque antérieurement à la date à laquelle le conseil a d'abord été dûment constitué aux termes de la présente loi, et qui a été engagée dans l'exercice actif de la médecine dans l'une ou dans plusieurs des provinces du Canada, a, après dix ans de la date de cette patente ou de ce certificat, le droit d'être inscrite aux termes de la présente loi comme praticien en médecine, sans avoir à subir d'examen, sur versement des honoraires et en se conformant aux autres conditions et règlements établis par le conseil à cet égard; mais, si le conseil médical d'une province n'est pas satisfait du nombre d'années prescrit par le présent paragraphe, ce conseil médical peut, à titre de condition pour l'inscription provinciale, exiger un examen sur les sujets définitifs des praticiens inscrits aux termes du présent pa-*

rapporte, et le dit examen se tient conformément aux dispositions des règlements ou des règles des conseils provinciaux respectifs."

12. Est modifiée la dite loi par l'addition de l'article qui suit:

"24. Aucune modification à la présente loi ne peut être proposée par le conseil à moins qu'elle n'ait été acceptée au préalable par les conseils médicaux provinciaux."

13. La présente loi ne peut entrer en vigueur que lorsque les législatures de toutes les provinces auront établi une législation qui en accepte les dispositions; le conseil médical d'une province quelconque peut, cependant, en tout temps ordonner la retraite de la représentation de la dite province au conseil, par une résolution proposée à une réunion générale ou spéciale du dit conseil convoquée pour en délibérer et adoptée par le vote des deux tiers des membres présents à la dite assemblée, et dont avis a été inséré pendant trois mois antérieurement dans la Gazette du Canada; et au cas où cette résolution est adoptée, les dispositions de la présente loi cessent de s'appliquer à la dite province et personne ne sera plus autorisé à exercer la médecine dans les limites du ressort de la dite législature à raison du fait qu'ils ont les qualités exigées par la présente loi ou qu'ils se sont inscrits aux termes de la présente loi.

ACTUALITES

COMMISSION ROYALE DE LA TUBERCULOSE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

Du volumineux rapport de la commission royale, nous publions aujourd'hui les conclusions générales.

Elles donnent une idée exacte de la question chez nous, et elles indiquent les moyens à prendre.

Nous félicitons les membres de cette commission de ce beau rapport, tout particulièrement son secrétaire, M. le Dr Valin, qui avait assumé la tâche considérable de faire toutes les recherches et de synthétiser les vues de ses collègues sur cette importante question.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1. — La tuberculose est une maladie infectieuse et transmissible due à un bacille spécial.

2. — L'expérience de toutes les nations civilisées démontre que, à l'instar de toutes les maladies infectieuses, la tuberculose est évitable.

3. — La tuberculose est responsable d'une mortalité près d'un tiers plus élevée que celle de toutes les autres maladies contagieuses ordinaires réunies. La mortalité tuberculeuse dans la province de Québec est plus élevée que celle de la province d'Ontario et des Etats-Unis voisins. Pendant que dans maints autres pays la mortalité tuberculeuse subit une décroissance de 40 à 50% comme résultat d'une lutte bien organisée, la nôtre reste stationnaire.

4. — Notre population rurale offre une mortalité tuberculeuse dont le taux se rapproche trop de celui de la population urbaine qui vit dans des conditions beaucoup plus anti-hygiéniques.

5. — La mortalité tuberculeuse plus élevée chez nos femmes est un fait particulier à notre province, car dans tous les autres pays, c'est l'homme qui paie un plus fort tribut à la tuberculose.

6. — Enfin, la statistique démontre que les canadiens-français meurent plus de tuberculose que les canadiens-anglais.

7. — Et il ne faut pas seulement considérer la mortalité pour avoir une idée de la gravité de cette maladie, mais aussi sa morbidité, c'est-à-dire, le nombre considérable d'individus qu'elle affecte plus ou moins. On peut affirmer que dans les milieux industriels pour un individu qui meurt de tuberculose trois en sont atteints suffisamment pour être affectés dans leur capacité de travail.

8. — Et pour avoir une idée plus exacte encore de la gravité de la tuberculose comme mal social, il faut en considérer l'aspect économique ce qui est fait au Chap. I, p. 33. Elle fait ses victimes les plus nombreuses entre l'âge de 20 et 45 ans, alors que la vie humaine a la plus grande valeur économique et nationale. En prenant pour base les calculs qui ont été faits ailleurs par des experts, on peut affirmer que la province de Québec perd annuellement environ \$20,000.000.

CAUSES PRÉPONDÉRENTES

L'ignorance presque générale de la contagiosité de la tuberculose; la contagion dans les familles, dans la vie collective de l'é-

cole, pensionnats, bureaux, ateliers; la préparation de l'organisme à l'infection par l'air vicié dans tous les milieux, par l'habitation insalubre, par l'alcoolisme, par le travail prématuré chez l'enfant et excessif chez les adultes dans certaines industries, par les métiers à poussières.

MOYENS DE COMBATTRE LA TUBERCULOSE

La cause essentielle et directe de cette maladie étant l'infection ou la contagion, les moyens prépondérants sont évidemment ceux qui la combattent. Mais comme cette infection, selon la loi générale, ne se développe que dans les organismes déprimés, à moins toutefois que l'infection ne soit massive, il faut aussi tenir compte des causes prédisposantes et les écarter dans la mesure du possible. Les moyens se divisent donc en deux classes: 1° ceux contre la maladie elle-même et ses modes de propagation; 2° ceux contre les causes prédisposantes de source sociale. (Chap. II, p. 88, 125, 132).

A. — Mesures à prendre contre la maladie elle-même.

1. — *Campagne d'éducation.* Il faudrait apprendre au peuple que la tuberculose est une maladie infectieuse et, par conséquent, évitable; qu'elle est transmise par l'expectoration des malades avancés et qu'il faut se garantir contre cette principale source de maladie. Une fois que ces notions fondamentales seront courantes dans le peuple, celui-ci deviendra le principal facteur dans la lutte antituberculeuse. Une telle éducation doit commencer à l'école par l'enseignement des principaux éléments d'hygiène et être continué ensuite dans le peuple par divers moyens, tels que: distribution d'imprimés, articles dans les journaux, conférences, etc. Chap. III, p. 161.

2. — *La déclaration obligatoire de la tuberculose.* Elle est édictée déjà dans la loi sanitaire de la province de Québec, mais elle n'est pas appliquée; aussi, pour la rendre effective, la commission vous suggère quelques moyens au chapitre III, p. 135. Cette déclaration est de première importance, car seule elle permet: 1° de connaître les foyers de la maladie; 2° de désinfecter les habitations contaminées et de protéger ainsi la santé des nouveaux locataires.

3. — *Désinfection obligatoire* des habitations quittées par des tuberculeux, car il est démontré qu'une maison infectée peut transmettre la tuberculose. Chap. II, p. 137.

4. — *Règlements contre l'expectoration dans tous les endroits publics*, car l'expectoration des tuberculeux peut contenir des millions de bacilles qui, mêlés à la poussière, infectent les personnes qui inhalent cette poussière. Dans quelques villes ces règlements ont déjà produit un changement marqué dans la vilaine et dangereuse habitude de cracher partout. L'opinion publique étant en faveur de tels règlements, il serait facile maintenant, grâce à l'éducation faite, de rendre leur application plus rigoureuse. (Chap. III, p. 136, 137).

5. — *Dispensaires antituberculeux*. Le dispensaire est l'instrument le plus important de l'armement antituberculeux, cela est reconnu de plus en plus par les nations qui ont engagé la lutte contre la tuberculose. Il réunit, en effet, bien des qualités: il est à la fois un instrument d'éducation populaire, de prophylaxie, de traitement et de secours; il atteint le plus grand nombre de malades et fait la plus grande somme de bien avec le moins de frais, car c'est une institution qui ne coûte pas cher. Sous l'impulsion d'un traitement gratuit pour toutes les maladies des voies respiratoires et de secours aux nécessiteux, le dispensaire attire un grand nombre de malades, diagnostique les cas contagieux et leur fait prendre des précautions, fait un choix judicieux des cas avancés qui doivent être hospitalisés, envoie à domicile des garde-malades qui instruisent les familles et dépistent d'autres malades qui ont besoin de traitement, fournit des crachoirs hygiéniques, des antiseptiques et de la nourriture, suit les malades sortis du sanatorium, est un centre d'information précieux pour le bureau d'hygiène. (Chap. III, p. 138).

6. — *Isolement des cas de tuberculose ouverte*, car l'infection de l'homme par l'homme est la principale source de propagation de la tuberculose. Cette maladie est dite ouverte lorsque l'organe attaqué, le plus souvent le poumon, rejette au dehors le bacille. Si l'on pouvait connaître et isoler tous ces cas on triompherait facilement de la tuberculose, car, en isolant un seul cas de tuberculose ouverte, on se trouve à faire disparaître un foyer de contamination pour plusieurs autres individus. Si on pouvait seulement isoler un dixième de ces malades avancés et désinfecter

leur habitation, nous pourrions compter sur une réduction de 10% dans la mortalité tuberculeuse dans l'espace de trois ans. Il est donc de première importance de pourvoir à l'isolement de ces cas de tuberculose ouverte. (Chap. III, p. 140).

B. — *Mesures contre les causes prédisposantes.*

1. — *L'inspection médicale des écoles et des établissements industriels.* L'inspection médicale des écoles et des établissements où l'on travaille en commun a de grands avantages: elle est d'abord un excellent moyen d'éducation populaire et ensuite de contrôle de l'application des règlements sanitaires. Elle fera disparaître trois grandes causes de tuberculose: le manque de ventilation, l'encombrement et l'absence de précautions contre la contagion. L'inspection médicale est le seul moyen d'améliorer rapidement les conditions anti-hygiéniques dans lesquelles vivent un trop grand nombre d'écoliers et de travailleurs.

2. — *Condamnation des habitations insalubres.* Il est bien démontré que les maisons sombres, humides, encombrées et malpropres sont de véritables nids à tuberculose (Chap. II, p. 72). L'habitation insalubre a une si réelle influence sur la conservation de la tuberculose dans certains pâtés de maisons ou dans certains quartiers qu'on a pu dire que la tuberculose est une maladie de maison. L'habitation humide et sombre est un grand facteur de tuberculose parmi les nôtres et l'habitation encombrée et malpropre l'est parmi les immigrés. (Chap. II, p. 95, chap. IV, p. 145).

3. — *Combattre l'alcoolisme.* Quoique la province de Québec puisse supporter avantageusement la comparaison avec les autres pays civilisés au point de vue de la consommation d'alcool, cependant, il faut bien l'avouer, l'alcoolisme existe et il est sans aucun doute une cause prédisposante directe et indirecte à la tuberculose. La Commission est d'opinion que le gouvernement peut faire beaucoup pour diminuer le mal que fait l'alcool au peuple. (Chap. III, p. 152).

4. — *Création de préventoriums.* Moyen subsidiaire, mais cependant d'une réelle importance, est le préventorium, institution où les convalescents de certaines maladies aiguës qui prédisposent particulièrement à la tuberculose, vont suivre un traitement sana-

torial pour se fortifier contre cette maladie qui guette les personnes affaiblies. En général, ceux qui se maintiennent en bon état de santé résistent à l'infection, à moins qu'elle ne soit massive ou longtemps répétée.

5. — *Ecole en plein air.* Les expériences faites en Allemagne et aux États-Unis démontrent que les enfants faibles, anémiques, prédisposés à la tuberculose sont transformés en peu de temps par l'école en plein air. La Commission recommande fortement ce moyen. (Chap. IV, p. 227).

6. — *Colonies de vacance.* Procurer l'air pur de la campagne pendant, au moins, une quinzaine aux enfants étiolés des villes est un excellent moyen pour remonter leur vitalité et leur résistance.

Il ne faut pas conclure après l'énumération de ces moyens que la Commission leur accorde une égale importance, ni qu'elle engage le gouvernement à se charger de leur exécution. À la page 184 du III^e chapitre, la Commission a déterminé les responsabilités de l'État, des municipalités, de la philanthropie des citoyens, car la lutte antituberculeuse est une défense sociale et intéresse toutes les forces sociales.

La Commission désire encore faire remarquer que certains moyens peuvent être mis à exécution immédiatement et certains autres demandent l'aide du temps et la persévérance dans l'effort. Ainsi :

MOYENS D'EXÉCUTION IMMÉDIATE

1. — L'application plus rigoureuse des lois contenues dans les Statuts et dirigées contre la tuberculose.

2. — L'enseignement élémentaire de l'hygiène dans les écoles, écoles normales et autres maisons d'éducation.

3. — L'éducation populaire sous la direction du Conseil d'hygiène. (Chap. III, p. 161).

4. — Inspection médicale des écoles et des établissements de travail.

5. — Établissement et soutien de dispensaires antituberculeux dans les principaux centres de la province.

6. — Isolement des cas avancés pauvres. (Chap. III, p. 138).

7. — Établissement d'écoles en plein air pour les enfants débiles et prédisposés à la tuberculose.

8. — Traitement des cas curables par la méthode de "la classe" parce qu'il est démontré que c'est une méthode de traitement qui donne des résultats presque comparables à ceux des sanatoriums et beaucoup plus économiquement, laissant d'ailleurs aux malades la consolation de rester dans leurs familles. Ce moyen de traitement convient aux gens pauvres et le sanatorium aux personnes ayant de l'argent. Le sanatorium reprend ses droits lorsque dans les districts ruraux les malades ne peuvent être soignés ni par le dispensaire, ni par la méthode de "la classe" ou lorsque l'on désire en faire un moyen d'éducation populaire.

9. — Législation pour empêcher le travail prématuré des enfants. (Chap. III, p. 156).

10. — Investigation sur la durée du travail chez les adultes dans les établissements industriels.

11. — Législation contre l'alcoolisme.

12. — Inspection des viandes et contrôle de la vente du lait.

MOYENS D'EXÉCUTIONS GRADUELLE

1. — L'établissement de préventoriiums.

2. — Erection de sanatoriums.

3. — Colonies agricoles et de vacance. Chap. III, p. 177.

4. — Amélioration de l'habitation et législation pour favoriser la construction d'habitations salubres à bon marché pour la classe ouvrière.

5. — Législation pour provoquer l'amélioration dans l'hygiène des villes et dans l'hygiène générale de la province.

RECOMMANDATIONS AU GOUVERNEMENT

Enfin, la Commission soumet respectueusement à Son Gouverneur en Conseil les recommandations suivantes qui concernent spécialement le gouvernement pour la part qu'il doit prendre dans la lutte antituberculeuse :

1. — Que des instructions bien explicites soient données au Conseil d'Hygiène Provincial, aux municipalités et autres autorités dûment constituées d'appliquer les règlements concernant la déclaration obligatoire de la tuberculose, la désinfection des locaux contaminés, l'état de salubrité des habitations, des écoles, des établissements industriels; et que ces autorités reçoivent le concours

actif des Officiers en Loi lorsqu'elles seront obligées d'appliquer ces règlements.

2. — Que le Conseil d'hygiène Provincial soit l'autorité centrale qui dirigera l'application des moyens de lutte contre la tuberculose, et pour cela, qu'il lui soit alloué un budget suffisant pour créer un département spécial de la tuberculose avec le personnel nécessaire. Ce département devra être dirigé par un médecin, ayant une compétence reconnue en cette matière, qui appliquera tous les moyens éducationnels mentionnés dans le rapport (Chap. III, p. 161) inspectera les institutions antituberculeuses et tâchera d'en susciter d'autres pour compléter l'armement antituberculeux, compilera des statistiques et fera un rapport annuel sur son administration et sur les résultats de la campagne antituberculeuse.

3. — Que dans chaque municipalité ou association de municipalités où il existe une société antituberculeuse, établie d'après une charte, le gouvernement, sur un rapport favorable du Conseil d'hygiène Provincial, contribue, par une somme proportionnelle (à fixer) au coût et au maintien de tout dispensaire établi, et donne le pouvoir aux municipalités servies par ce dispensaire de contribuer par une égale part à son érection et son maintien.

4. — Que le gouvernement contribue dans une proportion (à déterminer) à l'établissement d'hôpitaux d'isolement ou à la construction de pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants et recevant les tuberculeux avancés pauvres, et donne aux municipalités servies par ces hôpitaux ou pavillons d'isolement le pouvoir de contribuer à leur érection et entretien.

5. — Que le gouvernement contribue par une certaine somme (à déterminer) à l'entretien des tuberculeux avancés pauvres dans les hôpitaux ou pavillons spéciaux en distribuant cette somme au pro rata de tant par tête et par semaine (Chap. IV, p. 195) et donne aux municipalités le pouvoir de contribuer également, de la même manière, pour la même fin.

6. — Que le Gouvernement prenne les mesures nécessaires pour assurer l'inspection médicale des écoles, les inspecteurs devant faire rapport non seulement à leur municipalité mais aussi au Conseil d'hygiène Provincial sur la santé des écoliers, l'espace cubique accordé à chaque élève, la ventilation et l'état sanitaire de l'école; et, de plus, que le Conseil d'hygiène Provincial soit muni

du pouvoir d'inspecter les écoles de toute la province et imposer les changements qu'il jugera nécessaires pour rendre les écoles salubres.

7. — Que le gouvernement nomme des inspecteurs *dûment qualifiés* pour faire rapport sur l'état sanitaire de tout établissement industriel où se fait un travail collectif tel que dans l'industrie, le commerce et administrations, et que la législation actuelle, complétée s'il le faut, soit appliquée pour assurer la salubrité des établissements où l'on travaille en collectivité.

8. — Que le gouvernement fasse une législation pour protéger l'enfance contre le travail prématuré selon le vœu de la Commission. (Chap. III, p. 156).

9. — Que le gouvernement fasse une investigation sur la durée quotidienne du travail dans les diverses industries de la province afin de déterminer si dans quelques-unes les heures de travail sont excessives et y remédier par une législation convenable. (Chap. III, p. 156).

10. — Que le gouvernement nomme un médecin vétérinaire provincial qui, attaché au département de l'Agriculture, aura pour fonction d'être l'aviseur officiel des inspecteurs municipaux et des cultivateurs qui sont intéressés dans le commerce du lait, de distribuer la tuberculine et d'en contrôler l'application, de faire, en un mot, la campagne d'éducation contre la tuberculose bovine.

Le tout respectueusement soumis.

Signé: E. P. Lachapelle, Président, J. George Adami, Michael Jos Ahern, Geo. Bourgeois, Jeffrey H. Burland, Jos. Edm. Dubé, Charles M. Holt, Jos. J. Guerin, Jos. Lespérance, C. R. Paquin, Elzéar Pelletier, T. G. Roddick, Arthur Rousseau, Arthur Simard, C. N. Valin, Secrétaire.

NOUVELLES

LE POISSON MEDECIN

Soupçonnez-vous qu'il existât, même dans les rivières, une sorte de médecin, pharmacien, ou si vous préférez, infirmier des poissons agrotants !

Lorsqu'un gardon, une carpe, un chevesne a été blessé par un hameçon, mordu par un brochet, il part aussitôt à la recherche d'une tanche.

Le corps des tanches est enduit d'une espèce de glu, mucus sécrété abondamment par la peau. Cette glu forme une panacée merveilleuse aux blessures de la gent poissonneuse.

Le gardon malade s'en va donc trouver la tanche et se frotte contre elle pour couvrir son bobo de l'onguent miraculeux.

Et lorsqu'un brochet est souffrant, savez-vous ce qu'il fait ? Il cherche une tanche et la dévore. Aussitôt après il se sent tout re-gaillard.

Si les humains mangeaient parfois du médecin pour se guérir, la profession médicale serait moins recherchée.

Ce serait en tout cas une façon originale de leur témoigner sa reconnaissance et... de payer leurs honoraires.

LE MEDECIN AUTOMATIQUE

Nous possédions déjà des appareils automatiques qui distribuaient des tablettes de chocolat, des bonbons, des parfums et jusqu'à des timbre-postes.

C'était déjà joli, mais on vient de faire mieux — beaucoup mieux — et c'est à se demander où s'arrêtera le progrès.

Le triomphe du mécanisme qui eût stupéfié Vaucanson lui-même, c'est le médecin automatique qui fonctionne à Amsterdam pays des tulipes, des rhumatismes, du curaçao de Rembrandt et de la reine Wilhelmine.

La machine représente un homme, et chaque organe porte une fente destinée à recevoir une piécette de cinquante centimes.

Le client qui a une maladie de cœur ou de foie fait glisser les honoraires dans la fente située dans la région du cœur ou du foie du mannequin, et il reçoit illico un ticket portant en caractère d'imprimerie, l'ordonnance et l'adresse du pharmacien qui la délivre.

NAPOLEON Ier CANCEREUX ET TUBERCULEUX

Le Dr Cabanès vient de consacrer une étude intéressante à Napoléon Ier. D'après lui l'empereur a succombé à une hépatite

chronique, sur laquelle est venue s'enter le cancer qui a terminé prématurément sa carrière.

Il est un passage de la relation du Dr Antommarchi qui n'a pas été assez remarqué : il y est dit que le poumon gauche de Napoléon avait son lobe supérieur *parsemé de tubercules* et de quelques petites excavations tuberculeuses.

Napoléon était donc tuberculeux ? Pour Cabanès c'était un tuberculeux, mais un tuberculeux guéri.

Le Bonaparte de la campagne d'Italie est un petit homme chétif d'aspect, jaune de carnation, dont les bottes molles dessinaient outrageusement une jambe grêle " en manche de pelle ".

Plus tard, son masque s'alourdit, les joues s'arrondissent ; il s'épaissit visiblement aux approches de la quarantaine. A son départ pour l'île d'Elbe, on lui trouve " l'apparente replète d'un prêtre italien ".

UN DON DE \$100.000

M. Rodolphe Forget vient de faire un don princier à l'Hôpital Notre-Dame, de Montréal, dont il s'est fait le protecteur. Il a assumé le paiement, en 1925, d'une hypothèque de \$100.000 qui grevait la propriété. Le caissier sera donc débarrassé du souci de trouver, chaque année les sommes nécessaires au fond d'amortissement pour payer cette somme à échéance.

M. Forget mérite les félicitations des riches et la reconnaissance des pauvres pour cet magnifique acte de charité.

Les uns diront : " Mais il fait beaucoup d'argent, c'est peu de chose pour lui ". A cela on peut répondre que M. Forget pourrait placer ses deniers dans ses entreprises personnelles, sans s'occuper de son voisin. Et personne ne pourrait le lui reprocher. Mais il ne pense pas ainsi : il donne souvent et beaucoup.

M. Forget est généreux et charitable, nous l'en remercions pour nos pauvres.

REMEDE HEROIQUE

Je lis dans la Revue de Médecine et de Chirurgie, de Paris, l'anecdote suivante :

Le docteur Hill, qui avait échoué dans sa candidature à la Société Royale de Londres, imagina une vengeance d'un genre

nouveau. Il adressa sous le nom d'un médecin de province la relation d'une cure récente. "Un matelot s'était cassé la jambe. Ayant été appelé je rapprochai les parties, les assujettis fortement avec de la ficelle que j'avais sous la main, et arrosai le tout d'eau de goudron forte. Le malade ne tarda point à se servir de sa jambe aussi facilement qu'auparavant." L'eau de goudron était alors très recommandée, la Société mit l'observation en discussion, les uns soutenant que la fracture avait été incomplète, d'autres acceptant le résultat en faveur de l'eau de goudron. La discussion allait être imprimée dans les Comptes Rendus, quand arriva une seconde lettre du pseudo-docteur. "J'avais omis de spécifier dans le cours de l'observation que j'ai adressée à la Société, que la jambe dont j'ai parlé était une jambe de bois."

**QUELLE EST LA COULEUR DE LA PEAU DES NEGRES A LEUR
NAISSANCE ?**

Depuis quelque temps les citoyens de Montréal sont épris du désir d'importer des noires comme servantes. Posons-nous une question: ces Guadeloupes ont-elles toujours été noires comme nous les voyons?...

En réponse à cette question, le docteur Bouchart, de Limoges, adresse au *Centre médical* la note suivante:

"...Je puis vous affirmer, ayant vécu plus de deux ans en Afrique, que les enfants du village nègre, cette sorte d'annexe et de faubourg où se réunissent les noirs des petites villes du sud de l'Algérie, naissent blanches, c'est-à-dire roses. Ils ne sont bruns, puis noirs qu'au bout de douze, vingt-quatre, quarante-huit et parfois soixante heures, jamais plus. La coloration n'est pas uniforme au début, la partie externe des membres et postérieure du tronc étant la première colorée. Quant aux cheveux, qui n'apparaissent que plus tard, ils viennent par îlots, distants d'une longueur supérieure au diamètre de l'îlot, plantation clairsemée (en groupes distants).

"Les nègres que j'ai vus étaient généralement d'origine soudanaise: je ne puis pas parler des autres races et je ne veux faire aucune généralisation."

LE COLLECTIVISME CHEZ LES ABEILLES

Voici comment s'exprime M. G. Bonnier : " Une ruche offre un exemple parfait de la constitution égalitaire du socialisme d'Etat. Ni amour, ni dévouement, ni pitié, ni charité ; tout est immolé à la société et à sa conservation par un travail incessant. Pas de gouvernement, pas de chefs, une discipline sans subordination. C'est l'idéal du collectivisme réalisé." C'est bien à tort qu'on a donné le nom de *reine* à l'abeille pondreuse ; elle a sa fonction à remplir et en réalité elle serait plutôt esclave que reine. Les abeilles semblent agir indépendamment, et cependant elles s'entendent entre elles pour le bien de toutes ; obéissent-elles à quelques abeilles d'élite que nous ne savons pas distinguer de leurs sœurs ? C'est ce que M. Bonnier, appelle le " comité occulte," M. Maeterlinck l' " esprit de la ruche."

Bien des faits suggèrent la pensée qu'il existe dans la ruche un raisonnement collectif. Chaque abeille part de la ruche avec un ordre commandé et l'exécute ponctuellement. En pleine sécheresse, M. Bonnier les a vues prendre de l'eau d'un bassin où se trouvaient des plantes flottantes ; elles prenaient de l'eau, mais ne touchaient pas aux gouttes de sirop ou de miel déposées sur les feuilles, parce qu'elles étaient commandées pour chercher de l'eau et non pas du sirop ou du miel, et bien que par la sécheresse il y avait peu de récolte. M. Bonnier a réussi l'expérience inverse.

Le comité directeur de la ruche, semble donner des ordres sur les renseignements que lui apportent les chercheuses envoyées tous les matins dans les environs. C'est ainsi que l'exploitation des plantes mellifères est rigoureusement réglemantée ; jamais il n'y a encombrement ni désordre ; et celles des abeilles qui récoltent le pollen, ne prennent pas de nectar.

L'organisation collectiviste du travail se rencontre en outre à l'intérieur de la ruche. Ainsi la reine, par exemple, doit, pour former le couvain, pondre d'une certaine façon et dans un certain ordre ; une sorte d'état-major surveille l'opération et pousse, bouscule même la mère d'une cellule à l'autre. Par moments on lui donne la becquée, car, on ne lui laisse pas le temps de manger. Pour pondre, elle descend d'un côté du rayon, remonte de l'autre, et pond successivement sur les deux faces de chaque gâteau de cire suivant des cercles successifs d'alvéoles déterminés à l'avance.

LE PROFESSEUR ARLOING, DE LYON

L'École de Lyon, la France entière ont fait une perte douloureuse dans le professeur Arloing, qui vient de mourir, après une courte maladie, en pleine activité scientifique. Les médecins de Montréal se rappellent encore de ce groupe de médecins français distingués que nous avons reçus au Viger dans un banquet dont nous avons tous conservé le meilleur souvenir. Qui ne se rappelle du professeur Arloing dont le charme pénétrant nous avait tous impressionnés si favorablement.

Mort!... en quelques jours après une vie laborieuse et des promesses d'avenir à propos d'une question à laquelle il avait pour ainsi dire consacré sa vie avec son élève préféré, le Dr Paul Courmont, aujourd'hui professeur à cette même Université de Lyon.

Il serait difficile d'énumérer dans une courte note les travaux nombreux et importants de cet expérimentateur remarquable. Je tiens à signaler surtout ses travaux sur la tuberculose. Dans la grande lutte de l'École française contre l'École allemande, il soutint, dans plusieurs congrès, contre Koch, la doctrine de l'identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine; il apporta, à l'appui de sa thèse, d'importantes expériences qui entraînèrent la conviction de tous.

"Arloing, dit Linossier, était un merveilleux professeur; il avait le don d'exposer avec une parfaite clarté et dans une langue d'une élégance irréprochable les questions les plus ardues."

Nous adressons à son fils, le Dr Fernand Arloing, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, l'expression de notre vive gratitude.

LE DR SERAPHIN GAUTHIER

La mort frappe aussi chez nous. Le Dr S. Gauthier, d'Upton, est décédé dernièrement après une douloureuse maladie.

Le Dr Gauthier était un des rares médecins ruraux qui suivent au jour le jour les progrès de la médecine. Il avait une grande qualité, c'était un thérapeute pharmacologue.

Il soutenait, avec succès, que les médecins devraient s'élever contre cette nouvelle habitude de prescrire des médecines brevetées qui dispensent de tout travail pharmaceutique et qui détournent le client de son meilleur conseiller. Il avait, il y a quelques années, publié un travail important sur ce sujet, où il démontrait par des exemples variés le bien-fondé de ses prétentions.

Il y a 15 ou 20 ans, il avait écrit une thèse consciencieuse pour concourir à la chaire de thérapeutique.

Il s'occupa, aussi de la réforme du tarif. Il voulait que le médecin fut mieux payé.

En un mot, le Dr Gauthier fut un esprit ouvert, désireux de s'instruire et anxieux d'améliorer la pratique de la médecine à la campagne.

Nous adressons à la famille l'expression de notre plus vive sympathie.

LE PROFESSEUR JAMES BELL, DE MCGILL

L'Université McGill et l'hôpital Victoria viennent de faire une perte douloureuse dans la mort du Dr Bell.

Après quelques jours de maladie seulement, le Dr Bell succombait à une *appendicite* que l'on n'a pas pu diagnostiquer assez tôt pour l'opérer. Ce fut une trouvaille d'autopsie, nous dit-on! Le Dr Bell était un chirurgien éminent.

Quel malheur, de succomber à une maladie qu'il avait vaincue tant de fois chez les autres, si bien connue pourtant, et dans un si bel hôpital!

A. LESAGE.

ANALYSES

MEDECINE

Le signe des spinaux dans la pleurésie, par M. Félix RAMOND, de Paris, dans *Progrès Médical*, 1910.

A la séance du 10 juin de la Société médicale des hôpitaux, j'attirai l'attention sur l'existence d'un signe nouveau des épanchements liquides pleuraux, le *signe des spinaux*. Depuis, plusieurs observateurs ont bien voulu contrôler et vérifier mes affirmations; de mon côté j'ai pu réunir de nouvelles observations à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine; et c'est le résultat de toutes ces recherches que je désire résumer ici en quelques mots.

Si l'on examine le dos d'un individu normal, dans la station debout, on aperçoit facilement dans la gouttière costo-vertébrale, et surtout plus bas, dans la région lombaire, la saillie que font les deux muscles spinaux superficiels, l'iléo-costal en dehors, et le long dorsal en dedans. A la palpation de la région lombaire, on sent nettement cette masse musculaire en tension permanente, en vue de la conservation de l'équilibre. Cette tension est due d'abord au long dorsal, et accessoirement à l'iléo-costal; de sorte que, sous la main, la masse varie d'épaisseur et de largeur suivant que l'un des muscles ou les deux entrent en action; dans la station

verticale, même dans une attitude légèrement penchée ou redressée, ce que l'on sent sous la main correspond en grande partie aux fibres du long dorsal.

Chez le pleurétique au contraire, les deux muscles sont en contraction permanente réflexe du côté malade ; et il en résulte plusieurs phénomènes, qui, à eux tous, constituent le signe des spinaux.

A première inspection, en effet, la masse musculaire, dans la région lombaire, apparaît plus saillante et plus élargie du côté pleurétique. A la palpation superficielle, et surtout à la palpation profonde, les muscles donnent une sensation de dureté et de rénitence, que l'on peut comparer à celle d'une corde de caoutchouc légèrement tendue, et bien différente de la sensation plus molle que fournit la masse musculaire du côté sain.

Si, à l'aide d'un marteau percuteur, on frappe les attaches supérieures du faisceau moyen du long dorsal, à la hauteur des 6e et 7e vertèbres dorsales, à deux ou trois travers de doigt de la ligne médiane, la sensation que fournit la palpation de la masse musculaire de la région lombaire est encore plus caractéristique : les muscles vibrent sous le doigt, ou même se contractent d'une façon très nette. Parfois cette contraction réflexe est assez forte pour être visible à l'œil nu. Mais il faut se rappeler que cette onde musculaire, apparente à l'inspection la plus superficielle, n'a pas le même caractère spécifique que les autres données déjà énumérées ; car elle peut exister, en dehors d'un épanchement pleural, chez tout malade dont la réflectivité musculaire est exagérée, notamment chez les cachectiques, les alcooliques ou les neurasthéniques. Ce symptôme, constaté à l'état isolé, n'offre donc qu'une importance relative ; tandis que l'existence de la tension permanente présente un caractère spécifique indéniable.

Donc le signe des spinaux, dans son ensemble, est constitué par la réunion de plusieurs phénomènes que révèlent l'inspection, la palpation et la percussion. Ils peuvent être à leur complet, ce qui est très fréquent, ou bien isolés. Dans ce cas, celui qui est constant, c'est l'élargissement objectif de la masse musculaire. Lorsque les autres semblent manquer, ou n'apparaissent pas très nettement, il est bon de recourir à la manœuvre suivante, qui les met aussitôt en évidence : on ordonne au malade de se pencher légèrement alternativement à droite et à gauche. Normalement, les muscles spinaux du côté fléchi se relâchent complètement, et perdent toute leur consistance élastique habituelle ; ceux du côté opposé sont au contraire plus durs et plus tendus. Or s'il s'agit de pleurésie, droite par exemple, on constate que les muscles spinaux, dans la flexion droite, ne perdent pas complètement leur tonicité. Dans la flexion gauche, par contre, leur dureté s'accroît dans de

grandes proportions, surtout si l'on frappe leurs attaches supérieures avec le marteau percuteur.

Telles sont les diverses façons de constater l'existence du signe des spinaux. Mais il arrive parfois que le signe est légèrement ébauché du côté sain. Le fait, quoique rare, nous avait tout d'abord surpris cependant une observation attentive nous montra qu'il coexistait alors avec une forte matité correspondante du triangle dit de Grocco. On sait, en effet, que dans beaucoup de pleurésies, il existe en arrière, à la base de la plèvre saine, une aire de matité triangulaire, dont la signification n'est pas encore précisée. Or sur sept cas que nous avons observés, il nous est arrivé trois fois de trouver par la ponction une petite quantité de liquide dans le cul-de-sac inférieur de cette plèvre supposée normale. Nous n'avons pas la prétention d'expliquer de la même façon tous les cas où existe le signe de Grocco ; mais nous sommes en droit de conclure que lorsque le signe des spinaux existe à l'état d'ébauche du côté réputé sain, il est permis de suspecter l'existence d'un léger épanchement pleural concomitant.

La durée du signe des spinaux dépasse celle de la pleurésie de trois semaines à un mois. Le signe peut donc servir à établir un diagnostic rétrospectif d'épanchement. Mais dans quelques cas, nous avons pu l'observer plus tardivement : six mois, neuf mois et même trois ans dans un fait exceptionnel. Il semble que la persistance du signe soit d'un pronostic relativement fâcheux ; il indiquerait que le processus inflammatoire survit à l'épanchement et que la guérison de la pleurésie n'est qu'apparente.

Notre première statistique portait sur 100 pleurésies observées en l'espace de 2 ans $\frac{1}{2}$, aux consultations de médecine de la Pitié et de Saint-Antoine ; depuis, nous en avons vu 23 autres, dont le pourcentage au point de vue du signe des spinaux, est absolument comparatif. Le signe s'observe constamment dans la pleurésie des tuberculeux pulmonaires avérés.

Nos documents sur les épanchements des cardiaques et des rénaux se sont accrus. Le signe existait dans les trois pleurésies brightiques que nous avons vues, mais manquait 3 fois sur 8 cas d'hydrothorax purement cardiaque.

Notre première statistique renfermait trois cas seulement de pleurésie suppurée, où le signe manquait deux fois ; depuis nous en avons observé quatre autres, dont trois présentaient le phénomène étudié. L'une d'elles nous semble particulièrement intéressante : un jeune homme de 19 ans éprouve un point de côté, trois semaines après une contusion thoracique violente ; l'auscultation révélait l'existence d'un épanchement, et le signe des spinaux était positif ; la ponction exploratrice, que nous pratiquons systématiquement dans tous nos cas, nous permit de retirer un liquide

très légèrement louche. Le malade rentra à l'hôpital ; son épanchement devint rapidement purulent, et le signe des spinaux, de positif, devint négatif dès qu'apparut l'œdème cutané concomitant de presque toutes les pleurésies nettement suppurées. Il semble donc que le signe des spinaux a une tendance à s'atténuer, voire même à disparaître, au fur et à mesure que s'accroît l'inflammation purulente de la plèvre.

Le symptôme est-il propre aux seuls épanchements pleuraux inflammatoires et ne se rencontre-t-il pas dans d'autres affections thoraciques ? Les faits observés ne sont pas encore assez nombreux pour répondre d'une façon certaine ; cependant il est probable que le signe des spinaux est propre à la pleurésie, et acquiert de ce fait une certaine importance diagnostique. C'est ainsi qu'il manquait dans trois cas de pneumothorax pur, sans réaction de la séreuse, et dans trois autres cas de pneumonie sur cinq observés ; les deux pneumonies à signe positif s'accompagnaient très probablement d'une inflammation pleurale, qui est loin d'être rare en pareille circonstance.

Nous n'avons rencontré que deux cas de spléno-pneumonie dont la réalité a été vérifiée par plusieurs ponctions exploratrices. Or le signe des spinaux manquait ; si le fait se vérifiait à nouveau, on aurait là un moyen simple et commode de différencier la spléno-pneumonie de la pleurésie séro-fibrineuse.

Par ce rapide exposé, on voit l'importance assez considérable qu'acquiert le symptôme que nous avons décrit, surtout lorsque l'on considère que la plupart des signes de la pleurésie n'ont rien de constant et de définitif, à part l'un d'eux, la matité. Les autres peuvent manquer pendant toute l'évolution de l'épanchement, ou se transformer profondément. Ainsi la disparition des vibrations thoraciques, qui, après la matité, est peut-être le symptôme le plus important, peut n'avoir qu'une importance relative chez beaucoup de sujets, les femmes en particulier, dont la voix ne se transmet pas en vibrations. Inversement, les vibrations persistent souvent dans les hydrothorax si insidieux des cardiaques.

On peut mettre sur le même plan la diminution du murmure vésiculaire, dont l'importance est toute aussi considérable. Mais ce signe peut aussi ne pas se rencontrer au cours des hydrothorax ; il devient d'ailleurs banal dans beaucoup d'autres affections thoraciques, telles que l'emphysème prononcé, le pneumothorax, et beaucoup de congestions des bronchioles ou des alvéoles.

Quant aux divers souffles de pleurétiques, qui ne sait qu'ils disparaissent rapidement avec un épanchement considérable ou seulement enkysté par des fausses membranes anciennes ? On peut dire autant de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Reste, il est vrai, la ponction exploratrice. Mais outre que c'est une manœuvre opératoire difficilement acceptée par beaucoup de malades, c'est aussi un signe qui peut manquer à son tour comme vient de le démontrer M. Mosny. Il suffit d'un épanchement ancien, sous pression, et limité par des parois épaisses et rigides.

Toutes ces considérations prouvent que l'on ne saurait trop s'entourer de moyens cliniques pour dépister l'existence d'une pleurésie. C'est pourquoi nous avons cru bon de décrire à nouveau le signe des spinaux, dont l'importance est secondaire si l'on veut, mais dont la constance et la spécificité méritent qu'on le recherche attentivement dans les cas douteux.

OBSTETRIQUE

Le pronostic des sexes par la numération des battements du cœur fœtal, par Fieux, dans *revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*. Déc. 1910.

A la suite de nos examens répétés et de l'observation de nos tableaux, nous pensons pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° La numération des battements du cœur fœtal est délicate, en raison de la rapidité du rythme, et réclame une assez longue pratique de l'auscultation obstétricale.

2° La rapidité des battements du cœur fœtal reste la même depuis le moment où ils sont suffisamment perceptibles pour être comptés, jusqu'à la fin de la grossesse, ainsi que l'avait déclaré Paul Dubois. Pendant le travail physiologique, et dans l'intervalle franc des contractions, ils restent ce qu'ils étaient pendant la grossesse.

3° Pour évaluer la rapidité des battements d'un cœur fœtal, il est irrationnel, sans autre précaution, d'ausculter plusieurs fois et de prendre une moyenne, comme le recommandait Dauzats : il faut d'abord mettre la mère au repos pendant quelques instants, *il est surtout indispensable d'ausculter le fœtus pendant une période de calme*. Les mouvements fœtaux, en effet, s'accompagnent toujours d'une accélération souvent considérable du rythme cardiaque. Il en résulte que chez certains fœtus constamment agités la numération valable, au point de vue qui nous occupe, est très difficile, voire impossible pendant plusieurs séances d'auscultation.

4° Pour un même fœtus, l'auscultation attentive *pratiquée pendant les périodes de calme* ne donne que des écarts très faibles dans plusieurs numérations successives.

5° A en croire les deux tableaux que nous avons dressés, un rythme constamment au-dessous de 136 donne une proportion de 60 p. 100 de garçons et 40 p. 100 de filles tandis qu'un rythme

constamment au-dessus de 136 donne une proportion de 68 p. 100 de filles et 32 p. 100 de garçons, avec cette remarque que les chiffres élevés, 150-160, sont presque exclusivement réservés aux filles.

6° En résumé, si dans le rythme lent, 122-136, on trouve à peu près à égalité filles et garçons, avec une très légère prédominance du sexe masculin; dans le rythme rapide, 140-150-160, le sexe féminin se retrouve avec d'autant plus de fréquence que l'on se rapproche des chiffres élevés.

7° Par contre, il ressort de nos deux tableaux qu'il n'existe aucune relation entre le poids du fœtus et la rapidité de son rythme cardiaque, relation qu'avaient affirmée Devilliers et Cumming. Dans notre premier tableau à rythme lent, sur 28 enfants nous en trouvons 14 dont le poids est au-dessus de 3,200 grammes; dans notre second tableau, à rythme rapide, sur 22 enfants nous en voyons 13 dont le poids dépasse 3,200 grammes.

8° Nous dirons, à titre de conclusion, que l'auscultation fœtale, pratiquée dans les conditions sus-énoncées, *n'est pas absolument indifférente au point de vue du diagnostic du sexe*. Elle est susceptible de donner une indication de *probabilité, dans les limites que nous avons fixées*, et à peu près avec les mêmes chances que nous aurions de faire le diagnostic du sexe chez un adulte rien que par l'examen du pouls.

Le lever précoce des nouvelles accouchées, par de Bovis, dans Revue française de Méd. et de Chirurgie, fév. 1911.

On a beaucoup discuté, dernièrement tous les avantages et les inconvénients du lever précoce des nouvelles accouchées. M. Bovis fait une revue de la question. On a dit que le lever tardif favorise la paresse digestive, l'anémie, la lenteur de l'involution utérine, la retroversion et la phlébite.

Après avoir contesté, avec raison, la plupart de ces affirmations, M. Bovis termine par les remarques suivantes qui sont très appropriées.

Il semble donc que la nouvelle thérapeutique n'offre ni tous les dangers ni toutes les vertus qu'on lui prête. Il est douteux qu'elle mette à l'abri des thromboses et son action préventive à l'égard des rétrodéviations paraît des plus hypothétiques. Il se peut même que plusieurs de ces nouvelles accouchées, qui quittent si gaillardement l'hôpital où on les laissait se promener, soient moins vaillantes chez elles.

Il ne resterait ainsi au lever précoce que l'avantage de permettre un retour plus rapide à la vie normale et de diminuer le

nombre de ces petites élévations fébriles si communes durant les suites de couches. Mais reste alors à se demander si ces petits avantages ne sont pas contrebalancés par des inconvénients plus sérieux.

La nouvelle accouchée a un gros utérus et ce gros utérus se tient tout seul ; il sert comme d'opercule à la fente pubo-anale élargie ou déchirée. Mais, quand il ne sera pas plus gros qu'une main d'enfant, le releveur de l'anus et le périnée l'arrêteront-ils au passage, si la femme s'est levée au troisième ou cinquième jour ? On peut en douter, surtout dans le cas où les muscles, au lieu d'être distendus, ont été déchirés. Mais qui le dira, puisqu'il s'agit de phénomènes se passant dans l'intimité du pelvis et que le toucher, par crainte d'infection, doit être évité ? Les partisans du lever précoce répondent bien que plusieurs semaines, voire plusieurs mois après l'accouchement, ils n'ont rien observé d'anormal à cet égard. Mais cette réponse est insuffisante, car un prolapsus prend des années pour se développer.

Autre considération. La nouvelle accouchée a couramment entre ses muscles grands droits de l'abdomen un écart de 10 centimètres. Si elle se lève, qui les rapprochera ? Bien sûr pas l'intestin, non plus que son utérus qui viennent peser contre la mince toile aponevrotique qui les réunit. Sa situation, notons-le bien, est inférieure à celle de l'opérée qui, elle, est soutenue par des sutures. A cela on répond, cependant, que le palper des ambulantes montre des muscles droits bien fermes et actifs. Nous le croyons, mais on oublie de nous apprendre s'ils se sont rapprochés.

Il est bien entendu, nous dit encore M. E. Martin, que la nouvelle accouchée a la permission de se lever, non de travailler. A l'hôpital, cette distinction est facile. Mais s'imagine-t-on qu'elle sera observée dans la clientèle pauvre ? Aussi les médecins praticiens ou ceux qui forment des sages-femmes voient avec méfiance pareil libéralisme. Il n'ont pas tort : l'ouvrière qui accouche chez elle abuse déjà du lever précoce, que sera-ce le jour où elle apprendra que dans les cliniques on se lève au second jour des couches ?

Et le cœur ? A l'hôpital ou dans certains milieux on y prendra garde, mais ailleurs, compte-t-on sur la sage-femme pour le juger ? C'est pourtant un organe que toute gestation affecte. Il a bien droit au repos et nous ne savons si la tachycardie, constatée par tous après les levés précoces, est un symptôme indifférent.

En passant dans les mœurs comme une chose légitime et permise, le lever précoce comporterait donc certains dangers.

Du reste, ces campagnardes ou ces ouvrières auxquelles on nous renvoie si volontiers, ceux qui les connaissent savent qu'elles ont

d'énormes ventres et des utérus fort pesants. Comme le disent MM. Brandt et Horn, le prolapsus est une maladie de prolétaires. Sur ce point force est de rendre justice à l'enquête dont Mme Darcagne-Mouroux entretenait récemment la Société d'obstétrique de Paris. Leurs travaux pénibles, il est vrai, sont bien responsables de cette situation, beaucoup plus rare dans la classe aisée ; raison de plus de prendre toutes les mesures nécessaires pour leur assurer un bon péréinée ou un ventre solide.

Qu'on modifie un peu les règles du décubitus horizontal, qu'on autorise les positions latérales, qu'on y joigne les exercices de gymnastique appropriés, comme le fait M. Schückingz nous n'y voyons aucun mal, mais considérer le repos horizontal comme nuisible et le lever précoce comme une panacée, nous paraît une proposition insuffisamment établie.

PEDIATRIE

Syphilis des enfants, par Comby, dans *Gazette Médicale de Paris*.
15 Mars 1911.

Syphilis héréditaire tardive. — Le traitement doit s'inspirer des règles qui président au traitement des accidents tertiaires de la syphilis acquise; on doit insister sur l'iodure de potassium (2, 3, 4 grammes par jour, suivant l'âge de l'enfant). Dans les cas à marche ulcéreuse et rapide, on ne donnera que l'iodure de potassium. On y ajoutera les frictions mercurielles (traitement mixte) pour les cas rebelles et pour ceux où il faut agir vite: menace de perforation palatine, d'effondrement du nez. Concurrément, on donnera les toniques, l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, les bains salés, les bains de mer.

Syphilis héréditaire précoce. — Friction à l'onguent napolitain, gros comme une noisette chaque jour. Ne pas faire deux frictions consécutives à la même place.

En cas de syphilis cutanée, bain de sublimé:

Sublimé.....	2 à 4 gr.
Alcool.....	10 —
Eau du bain.....	40 —

Quand l'enfant aura 8 ou 10 mois, donner dans du lait 1 cuillerée à café de sirop de Gibert, ou 1 à 2 grammes de liqueur de Van Swieten.

A un enfant syphilitique, pas de nourrice mercenaire, non atteinte de syphilis: si la syphilis se déclare alors que l'enfant a été mis en nourrice, le retirer, si cette dernière n'est pas encore atteinte; si elle a été contaminée, l'allaitement sera continué sans préjudice des questions médico-légales que cette éventualité sou-

lève (secret professionnel à l'égard des parents responsables et de la nourrice victime, indemnité à cette dernière, etc.).

Syphilis acquise. — Même traitement que dans la syphilis précoce : si une mère ayant contracté la syphilis dans les derniers mois de la grossesse, met au monde un enfant sain, on ne permettra pas que cet enfant tette sa mère, qui pourrait le contaminer ; on ne permettra pas non plus qu'il tette une nourrice étrangère, car il n'est pas certain qu'il soit indemne de la syphilis. Il sera donc soumis à l'allaitement artificiel.

Le traitement mercuriel sera réalisé par les frictions, ou par l'ingestion de :

Biodure de mercure.....	0 gr. 10
Iodure de potassium	5 gr.
Eau distillée.....	5 —
Sirop.....	240 —

1 cuillerée à bouche contient 0,01 de sel mercuriel et 0,50 d'iodure de potassium.

Chez l'enfant à la mamelle, donner 1/4 à 1/2 cuillerée à café en 4 ou 5 fois dans les 24 heures.

Chez un enfant de	2 ans, 1 cuillerée à café
— de 3 à 5 ans,	2 —
— de 5 à 8 ans,	3 —
— de 8 à 12 ans,	4 —

Chez le nourrisson, de 5 à 6 semaines, on peut aussi prescrire :

Liqueur de Van Swieten.....	XX gouttes
-----------------------------	------------

par jour, en 4 fois, dans du lait.

Les injections de biodure (voir plus haut) peuvent avec avantage être utilisées chez l'enfant : on injectera de 1/4 (2 ans) à 1 centigramme (10 ans) suivant l'âge.

Oxyures vermiculaires (chez l'enfant), par Oppenheim, dans *Progrès Médical*, 1911.

Le traitement doit s'inspirer des conditions de vie des oxyures. L'oxyure n'est pas seulement un parasite du gros intestin et il ne faut pas oublier qu'il passe la plus grande partie de son existence dans l'intestin grêle et qu'il ne suffit pas, pour débarrasser le malade, de chasser par des lavements les femelles fécondées qui ont émigré pour venir pondre dans la région anale où elles provoquent le prurit anal caractéristique de la présence des oxyures.

Le traitement comporte donc la triple indication d'agir localement sur la région anale et de calmer les phénomènes d'irritation qu'y produisent les oxyures, d'expulser les parasites jeunes contenus dans l'intestin grêle et le cæcum, enfin d'éviter les récidives. On y parviendra en prescrivant :

1° Donner chaque jour pendant une semaine un lavement vinaigré (une cuillerée à soupe de vinaigre ordinaire pour 100 grammes d'eau) ou bien un lavement d'huile mentholée :

Menthol.....	0 gr. 25
Huile d'olive.....	60 gr.

pour un lavement à renouveler chaque jour.

Ou encore un lavement d'huile de foie de morue :

Huile de foie de morue.....	40 gr.
Jeanne d'œuf	No 1
Eau	Q. S. P. 125 gr.

2° Calmer les démangeaisons anales en faisant le soir au niveau de l'anus une onction avec la pommade :

Cal-mel	} fat 2 gr.
Oxyde de zinc.....	
Vaseline.....	20 gr.

ou bien :

Onguent napolitain.....	10 gr.
Glycéro-é d'amidon.....	20 gr.

ou encore en introduisant le soir un des suppositoires suivants

Calomel.....	0 gr. 10
Beurre de cacao.....	2 gr.

pour un suppositoire. A n'employer que chez des enfants âgés de plus de 3 ans.

3° Pendant trois jours consécutifs, prendre le matin à une heure d'intervalle deux des paquets suivants :

Santonine.....	0 gr. 02
Calomel.....	0 gr. 03
Sucre de lait.....	0 gr. 50

pour un paquet n° 6 (enfant de 3 à 6 ans).

Santonine.....	0 gr. 03
Calomel.....	0 gr. 05
Sucre de lait.....	0 gr. 50

pour un paquet n° 6, (enfant de 6 à 10 ans).

ou bien encore prendre trois jours de suite de la préparation suivante :

Santonine.....	0 gr. 10
Huile d'olives	60 gr.

autant de cuillerées à café que l'enfant aura d'années ; éviter de façon absolue l'emploi de la santonine avant 3 ans.

Ou enfin remplacer la santonine par la poudre de semen contra (0.50 par année d'âge à partir de 3 ans).

Semen contra.....	10 gr.
Sirap d'écorce d'orange.....	30 gr.
Eau bouillante.....	Q. S. F. 120 cc.

pendant trois jours consécutifs, prendre le matin à jeun à une heure d'intervalle deux cuillerées à dessert (enfants de 3 à 6 ans) ou deux cuillerées à soupe (enfants de 6 à 10 ans).

4° En cas d'échec de la médication par la santonine, on pourra recourir au traitement par le thymol, suivant la méthode préconisée par Guiart.

Durant trois jours consécutifs, faire prendre chaque matin à jeun, à une heure d'intervalle, trois paquets ou cachets renfermant chacun, suivant l'âge, 0 gr. 10 (enfant de 3 ans) à 0 gr. 60 (enfant de 15 ans) de thymol pulvérisé.

Après chaque prise, boire un peu d'eau : cinq heures après le dernier cachet, prendre un léger purgatif salin, s'il ne s'est pas produit d'évacuation intestinale.

L'enfant peut, avec ce procédé, s'alimenter comme d'habitude à condition de ne boire que de l'eau ; l'ingestion d'alcool, d'huile, d'éther, de chloroforme ou d'eau chloroformée doit au contraire être évitée de façon absolue, car elle permettrait la dissolution et l'absorption du thymol et il pourrait en résulter un grave empoisonnement.

5° Les parasites étant détruits et expulsés, il faut éviter la réinfection de l'enfant en faisant une toilette soignée des mains, en l'empêchant de porter les mains à la bouche, en stérilisant le lait et en faisant bouillir l'eau potable.

THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la pneumonie, par Martinet, dans *Gazette Médicale*.
Fév. 1911.**

Pneumonie aiguë franche d'intensité moyenne, les 7 ou 9 premiers jours.

Traitement hygiénique : 1° Repos au lit dans une chambre bien aérée, fenêtre entr'ouverte, le malade étant soigneusement protégé des courants d'air ;

2° 4 à 6 fois par jour, enveloppement humide du thorax, d'une durée de 1 heure. (On enveloppe le thorax avec une serviette humide tiède ou froide (30° ou 22°), recouverte de taffetas gommé, fixée par une serviette sèche enroulée par dessus et maintenue par des épaulettes en bretelle. On les laissera suivant les cas 20 minutes à 1 heure) ;

3° Alimentation liquide, lait, bouillon, fruits, eau vineuse, vin sucré, grogs légers, par petites prises, régulièrement espacées ;

4° Veiller à la *régularité des garde-robes*; dès le début de la maladie purgation, de préférence avec:

Calomel.....	0 gr. 60
Lactose.....	4 gr.

Diviser en 2 paquets, à prendre à 10 minutes d'intervalle, dans un peu d'eau sucrée;

5° Toilette soignée de la bouche et des mains, après chaque-repas.

Toilette quotidienne de la peau;

6° Faire évaporer largement: essence de térébenthine, eucalyptus, créosote.

Traitement médicamenteux: 1° injection de 10 centimètres-cubes d'une solution d'argent colloïdal, 1er, 3e, 5e et 7e jour; (1).

Bichlorhydrate de quinine.....	0 gr. 30
Antipyrine	0 gr. 30

Pour un cachet n° 8. Un cachet à une heure après-midi.

Teinture digitale.....	2 gr.
Potion de Told	120 —

Par cuillerée à soupe toutes les 3 heures (potion pour 24 heures) à partir du 4e ou 5e jour.

— *A partir de la défervescence.* — *Traitement hygiénique.* —

1° Faire lever progressivement; 2° frictions quotidiennes avec du liniment de Rosen; 3° gymnastique respiratoire méthodique; 4° alimentation mixte généreuse, progressive.

Traitement médicamenteux :

Teinture de Saint-Ignace composé.....	2 gr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 10
Glycérophosphate de soude.....	10 gr.
Vin de gentiane.....	250 cent. cubes
Vin de quinquina..	250 cent. cubes

Un verre à liqueur à chacun des principaux repas.

— Dans une pneumonie avec tendance à l'adynamie.

1° Pratiquer matin et soir une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 02
Eau distillée	10 c. c.

(1) Nous avons ici à Montréal une préparation qui équivaut à ce produit, c'est l'*électrargole*.

2° De plus :

Solution de digitaline cristallisée au millième.....	1 c. c.
Teinture de cannelle.....	4 gr.
Rhum vieux.....	100 —
Sirop simple.....	100 —
Eau de tilleul.....	40—

Par cuillère à soupe de 2 en 2 heures, les heures intercalaires des repas.

Ictus apoplectique, par Oppenheim, dans *Progrès Médical*, 1911.

Dans la grande majorité des cas, en présence d'un ictus suivi de coma complet, il est impossible de faire dès les premières heures le diagnostic différentiel de l'hémorragie ou du ramollissement cérébral, d'où la règle essentielle de renoncer à toute émission sanguine générale ou locale, qui, inutile ou sans effet dans le premier cas, peut être franchement nuisible dans le second, en augmentant l'ischémie cérébrale et en favorisant le collapsus cardiaque.

On appliquera donc le traitement suivant :

1° Imposer le repos absolu au lit, dans le décubitus dorsal, la tête légèrement surélevée, la chambre du malade étant maintenue à une température plutôt basse, 16° au maximum.

2° Appliquer de larges sinapismes ou des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs.

3° Evacuer l'intestin par un lavement d'eau bouillie glycinée ou mieux par un lavement purgatif :

Sulfate de soude.....	20 gr.
Follicules de sené.....	15 gr.
Décoction.....	500 gr.

4° Si le malade peut avaler, faire prendre d'heure en heure une cuillerée à soupe de la potion :

Acétate d'amoniaque.....	} à 5 gr.
Benzoate de soude.....	
Sirop d'éther.....	40 gr.
Julep simple.....	q. s. p. 120 gr.

ou bien, dans un peu d'eau sucrée, dix gouttes de la mixture :

Liquueur d'Hoffman.....	} à
Liquueur ammoniacale anisée.....	

à renouveler d'heure en heure.

5° Si le coma est trop profond pour permettre la déglutition, remplacer ces médicaments par des injections sous-cutanées d'éther

(1 cent. cube toutes les 2 heures), d'huile camphrée (2 cent. cubes toutes les 2 heures d'une solution à 20 p. cent), ou enfin de spartéine, suivant la formule:

Sulfate de spartéine.....	0 gr. 25
Eau stérilisée.....	10 c. c.

Injecter jusqu'à 4 cent. cube: par 24 heures.

6° Pendant toute la période, où le malade restera sous le coup de l'ictus, ne lui donner que des aliments liquides, surtout lait et bouillon et veiller avec grand soin à ce qu'il ne s'étrangle pas en buvant: dans l'intervalle des prises d'aliments, nettoyer fréquemment la bouche avec un linge imbibé d'eau de Vichy ou d'eau oxigénée étendue.

7° Au cas de rétention d'urine, pratiquer le cathétérisme avec une rigoureuse asepsie et le faire suivre d'un lavage vésical avec 50 à 100 grammes de la solution:

Nitrate d'argent.....	0 gr. 50
Eau distillée.....	un litre

8° Prévenir autant que possible la production d'escarres par l'usage du matelas d'eau et par l'emploi de poudres isolantes.

9° Il n'y aura lieu d'appliquer une thérapeutique plus active que si l'on a quelque raison de supposer à l'ictus une étiologie spéciale; ainsi, s'il s'agit d'un sujet jeune, il faut toujours soupçonner la syphilis et en attendant qu'on ait pu vérifier le diagnostic, il sera souvent indiqué d'appliquer de façon précoce un traitement spécifique intensif; s'il s'agit d'un ictus apoplectiforme survenu au cours d'une paralysie générale, ou d'une sclérose en plaques, on ajoutera au traitement hygiénique précédemment indiqué l'emploi des injections d'ergotine ou mieux d'ergotinine:

Ergotinine.....	0 gr. 01
Acide lactique.....	0 gr. 02
Eau de laurier cerise.....	10 gr.

dont on injecte 2 ou 3 cent. cubes le premier jour, 1 ou 2 cent. cubes les jours suivants.

10° Lorsque le coma commence à se dissiper et que le malade reprend connaissance, le traitement d'hémiplégie constituée comprendra:

Une alimentation légère et rigoureusement surveillée.

L'emploi de laxatifs ou de lavements;

L'usage des eaux diurétiques comme celle d'Evian ou de Vittel;

L'iodure de potassium prise à petites doses (0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour);

Le massage des muscles des membres hémiplégés, et particulier celui des muscles antagonistes des groupes musculaires habituelle-

ment frappés de contracture ; c'est-à-dire qu'au membre supérieur, il faut masser surtout le deltoïde, le biceps brachial, les supinateurs, les radiaux et les extenseurs des doigts ; au membre inférieur les flechisseurs de la jambe sur la cuisse et les extenseurs des orteils ;

Enfin, la mobilisation précoce des membres paralysés et la rééducation aussi précoce que possible des mouvements.

VENERELOGIE

Traitement abortif de l'épididymite blennorrhagique, par ASCH (de Strasbourg), dans *La Clinique...* Paris 24 Fév. 1911.

Les traitements habituellement employés contre l'épididymite blennorrhagique : repos au lit, enveloppements très chauds ou applications froides et même glacées, peuvent tout au plus atténuer la douleur. La méthode de Bier, le sérum antigonococcique, les ponctions même répétées et suivies d'aspiration, n'ont pas donné de résultats sensiblement meilleurs.

Pour être bon, le traitement doit, avant tout, empêcher la formation de noyaux indurés, d'inflammation chronique, permettre le retour de l'épididyme à sa forme normale et laisser intacte la fonction testiculaire. Si, en même temps, le traitement abrège la durée de la période aiguë, apaise la douleur et fait rétrocéder la fièvre s'il y en a, c'est le traitement idéal.

Ces bons résultats, Paul Asch les a obtenus par l'injection d'électrargol dans les foyers d'épididymite blennorrhagique. Il a employé cette méthode à la suite de la communication d'Hamonic au Congrès français d'Urologie de 1900.

La technique est simple : après désinfection de la peau à la teinture d'iode, on injecte au moyen d'une seringue munie d'une aiguille très fine, 1 ou 2 centimètres cubes d'électrargol en plein foyer d'épididymite. Ce traitement est au besoin répété une fois ou deux, rarement plus, à des intervalles de vingt-quatre heures.

Les résultats sont les suivants : dans les cas tout à fait au début, sans infiltration des parties voisines, une seule injection suffit habituellement (15 fois sur 18 cas) à faire avorter le processus pathologique, et le retour à la normale se fait en un à trois jours, sans indurations persistantes et avec conservation de la fonction testiculaire, comme on a pu le constater dans cinq cas d'oblitération épiddymaire ancienne du côté opposé.

Dans trois cas sur 18, une seconde injection fut nécessaire et la guérison survint également complète. S'il y a infiltration des parties molles, il faut deux, trois injections, rarement plus. La guérison est plus tardive (3 à 8 jours) ; parfois la résorption com-

plète demande deux ou trois semaines, et doit être alors aidée par les cataplasmes et les bains de siège très chauds; mais jamais la résorption complète n'a manqué, ni, autant qu'on en peut juger, le retour au fonctionnement testiculaire normal.

Le seul inconvénient de la méthode paraît être l'augmentation passagère des douleurs et de la distension, surtout dans les cas infiltrés. Mais ces troubles s'atténuent en quelques heures et font place à une sensation de soulagement.

Le collargol donne de moins bons résultats, sans doute parce qu'il est moins homogène, moins pur et doué de propriétés catalytiques moindres.

S'en tenant à l'électrargol, l'auteur le considère comme le traitement de choix de l'épididymite blennorrhagique. Les résultats seront d'autant plus rapides que l'injection aura été plus précoce. Tout à fait au début, elle constitue un traitement vraiment abortif; mais, même si les tissus avoisinants sont infiltrés et oedématiés, on est en droit d'attendre de cette méthode la guérison complète, anatomique et fonctionnelle.

Du traitement abortif de la blennorrhagie par les sels d'argent. —

Carle (de Lyon).—*La Province médicale*, 19 novembre 1910.

L'auteur décrit minutieusement tous les détails de la méthode car la technique est si importante qu'il vaut mieux "laisser couler" que de la mal appliquer... Nous pouvons cependant retenir ici quelques préceptes généraux.

Par méthode abortive, il faut entendre une méthode qui donne la guérison en une quinzaine de jours.

Elle ne doit être appliquée que quand l'inflammation est à son début, c'est-à-dire quand, deux heures après la miction, l'écoulement est perceptible mais "n'a pas encore l'abondance, ni la couleur verdâtre, ni la fluidité de la période d'état", quand la douleur se réduit à des picotements augmentés à la miction, quand "le méat est à peine entouré d'un halo plus rose et la palpation du canal est indolore." Il y a des blennorrhagies qui deviennent suraigues en deux jours et d'autres qui restent en latence pendant une semaine. C'est donc avec raison que, pour juger s'il doit pratiquer les injections abortives, l'auteur se base sur l'intensité des symptômes et non sur l'âge de la maladie. Toutefois, dans les premières 48 heures, on a 8 chances sur 10 de réussir et très peu de chances après le 6e jour. — La méthode peut être dangereuse chez les jeunes, les intempérants, les génitaux qui, voyant leur canal asséché, cessent trop tôt les injections.

Le sel préféré par l'auteur est le *protargol*, à 2 ou 1 p. 100, avec 3 ou 4 gr. de glycérine, employé en solutions récentes et préparées à froid. — Quand la maladie est attaquée à son début, le patient fait 3 injections par jour, le matin, à 2 heures soir et en se couchant; le liquide des deux premières injections est gardée 2 ou 3 minutes, et celui de la troisième pendant 5 à 10 minutes.—Quand la maladie est attaquée au 4e ou 5e jour, le traitement commence par des injections d'*ichtyol* à 1 p. 100, puis, après 2 ou 3 jours, le canal étant presque asséché, on commence les injections de *protargol* à 1 puis à 2 p. 100, à raison de 2 par jour (midi et au coucher), alternées avec 2 d'*ichtyol*, (8 et 5 heures). — On continue ainsi pendant 12 à 15 jours ou un peu plus et on cesse graduellement, en 2 ou 3 jours; jamais il ne faut cesser brusquement.

Si on aperçoit quelques filets de sang dans le pus, on espace les injections de *protargol* et on remplace celle de midi par une injection d'*ichtyol*. — Si la muqueuse s'enflamme et empêche le passage de l'urine, on donne un bain chaud local ou on fait une injection de cocaine à 1 p. 100. Jamais il ne faut sonder.

PHARMACOLOGIE

Contre l'excitation nerveuse (chez les enfants).

Eau de fleur d'oranger.....	15 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	2 —

Par cuillerée à café dans le courant de la nuit jusqu'à cessation des agacements nerveux, ou bien :

Eau distillée de tilleul.....	30 grammes.
Sirop de Fleur d'oranger.....	30 —
Sirop de codéine.....	5 —

Par cuillerée à café d'heure en heure; cesser aussitôt que l'enfant est plus calme (1).

Angoisse cardiaque.

Extrait de valériane.....	2 à 3 gr.
Teinture éthérée de castoréum.....	} à 1 gr.
Liquor d'Hoffman.....	
Hydrolat de tilleul.....	120 grammes
Sirop de codéine.....	5 —

Par cuillerée à bouche dans la journée (2).

(1) Dans Formulaire pour maladies des enfants par Veillant 5e édition Librairie Médicale Berthier. Emile Bougault, libraire. 77 Boulevard St-Germain. Paris 1911.

(2) Guide formulaire de Thérapeutique-Herzen-6e édition chez J. B. Bailière & fils, Paris 1911.

Hoquet.

Eau chorofornée.....	60 grammes.
— de menthe.....	30 —
Sirop diacode.....	25 —

Par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à cessation du hoquet (2).

Névralgies des tuberculeux.

Extrait de belladone.....	0 gr. 20 centigr.
— thébaïque.....	0 gr. 25 —
Salicylate de méthyle.....	} à 5 grammes.
Salicycol.....	
Vaseline.....	} à 15 grammes.
Lanoline.....	

Usage externe local, suivant occasion (Capitan).

Désinfectant agréable pour appartement.

Camphre.....	20 gr.
Hypochlorite de chaux.....	} à 50 gr.
Alcool.....	
Eau.....	58 gr.
Essence d'eucalyptus.....	} à 1 gr.
Essence de girofle.....	

Le mélange des substances doit être effectué dans un vaste espace et refroidi.

Quelques gouttes de ce mélange sur une assiette suffisent pour désinfecter une pièce. (*Gaz. des Hôp.*).

Coryza.

Acide phénique.....	} à 5 grammes.
Ammoniaque.....	
Alcool à 90.....	10 grammes.
Eau —.....	15 grammes.

Faire inspirer plusieurs fois par jour quelques gouttes de ce mélange versées sur un mouchoir ou du papier buvard (Brand).

Hémorrhagie.

Bicarbonat de soude.....	5 grammes.
Sucre en poudres.....	40 grammes.
Essence de citron.....	2 gouttes.

Pour une pinte d'eau, à boire dans la journée (2).

L'anesthésie locale des muqueuses par une solution de chlorhydrate de quinine : Menthol et Phévol.

Phénol.....	2 gr.
Menthol.....	2 gr.
Chlorhydrate de quinine.....	1 gr. 40.
Adrénaline pure.....	3 gr. 004

Chavanne

Le liquide sirupeux obtenu est versé goutte à goutte sur un porte-coton avec lequel on touche les parties à insensibiliser. Le résultat est immédiat et l'auteur a pu, en opérant de suite après l'application, faire sans douleur des cautérisations profondes des cornets inférieurs, enlever des éperons de la cloison. — Ce mélange inoffensif peut avoir son utilité comme anesthésique pour les enfants ou les personnes chez lesquelles la cocaïne est contre-indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

Traité International de Psychologie Pathologique. Directeur: Docteur Auguste MARIE, de Villejuif. Tomelli, *Psychopathologie clinique*, un fort vol. grand in-8° de XXIII-1000 pages, avec 341 gravures dans le texte, Félix Alcan, éditeur, Paris, 1911.

Le premier volume de ce traité, du à la collaboration de professeurs et de praticiens de tous pays, était consacré à la "psychopathologie" générale. Le deuxième, qui paraît aujourd'hui, traite de la "psychopathologie clinique." Le troisième, qui terminera l'ouvrage, paraîtra au cours de la présente année et comprendra l'étude de "la mentalité morbide" au point de vue psychologique, la thérapeutique mentale et l'assistance comparée."

Ce deuxième continue heureusement les traditions du premier. Dans un avant-propos, écrit d'une plume très alerte et très experte, M. le docteur A. Marie expose succinctement ses idées si personnelles sur l'aliénation mentale et sa conception non moins personnelle des névroses :

"Les névroses sont en voie de se résoudre en affections somatiques dont les manifestations psychologiques ne sont qu'un effet. La chorée est presque sortie des névroses *sine materia*, à ce point de vue, l'hystérie fera de même; nous sommes à un tournant caractéristique de son histoire, et les ordres du jour des deux congrès de 1907 à Genève et Amsterdam le démontrent."

Ce deuxième volume débute par une étude du professeur Raymond sur les névroses et les psychonévroses, complétée par un travail du professeur Betcherew sur l'état psychopathique dans les affections organiques nerveuses et cérébrales. Un chapitre sur les paralysies générales a été traité par M. Auguste Marie et Lhermitte.

Dans l'article du professeur Raymond on note cette opinion intéressante sur la nature des névroses: "maladies non pas sans lésions, mais sans lésions connues, (probablement lésions d'ordre clinique), moins fixes et moins tenaces que les lésions organiques."

Après ces derniers chapitres consacrés à l'exposé descriptif méthodique des troubles liés à des altérations somatiques bien définies et établies, vient l'étude des troubles mentaux d'origine toxique ou infectieuse avec les états cycliques et confusionnels. (Pilez, de Vienne; Bagenoff, de Moscou; Régis et Hesnard, Auguste Marie et A. Riche) et les manifestations délirantes dégénératives en bouffées ou chroniquement systématisées (Magnan, Sérieux et Capgras. Le volume se termine par les démences, paralytiques et autres, y compris la démence précoce, puis les arrêts du développement de l'encéphale avec leurs manifestations cliniques et psychopathiques (Ziechen, de Berlin; Pick, de Prague; Sollier, Roubinovitch, Collin et Bourilhet, Deny et Lhermitte).

L'intérêt de ce volume réside dans le fait qu'il constitue une mise à point internationale de l'aliénation, dans l'apport que chaque nation a fait dans l'élaboration de la conception moderne de la folie.

Prof. G. VILLENEUVE.

Guide formulaire de Thérapeutique générale et spéciale, par le Dr HERZEN. 6e édition, 1 vol. in-18 de 1012 pages, sur papier indien, relié en maroquin souple, tête dorée : 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le formulaire du Dr HERZEN est conçu dans un esprit très pratique qui lui a assuré dès son apparition un succès sans précédent auprès des étudiants et des praticiens. Ce formulaire a pour but de donner au médecin un schéma des cas particuliers qu'il peut être appelé à soigner. Les formules sont simples et bien choisies. L'auteur a adopté l'ordre alphabétique des maladies, qui permet facilement de s'orienter dans un cas donné sans perdre de temps en recherches. La thérapeutique de chaque maladie embrasse les diverses phases qui demandent un traitement spécial, les diverses

formes, les complications, les symptômes dominants. Un des graves défauts des formulaires de ce genre était l'absence de toute indication de thérapeutique chirurgicale, c'est là une lacune que comble ce formulaire. M. HERZEN a donné la préférence aux médecins des hôpitaux de Paris, tout en faisant une large place aux traitements que prescrivent les cliniciens étrangers les plus renommés.

Il a paru bien des formulaires depuis quelques années. Il n'en existe pas d'aussi pratique que celui du Dr HERZEN, où il soit tenu compte dans une aussi large mesure des indications si variées qui peuvent se présenter dans le cours d'une même maladie.

La 6e édition a été entièrement refondue.

De nombreux changements et d'importantes retouches sont dus aux modifications apportées à la composition des médicaments dans la nouvelle Pharmacopée française de 1908. Tous les chapitres ont été repris et refondus avec le double souci de multiplier les détails pratiques et de ne pas trop grossir l'ouvrage ; quelques-uns ont été complètement transformés. Plusieurs sont entièrement nouveaux.

Cette sixième édition est enrichie d'un grand nombre de méthodes thérapeutiques et de médications nouvelles. Elle contient en outre le tableau des doses maxima des 145 médicaments usuels d'après la Pharmacopée française de 1908 et le tableau du poids des gouttes des principaux médicaments liquides employés dans la pratique courante, également d'après le nouveaux Codex.

L'ensemble de ces modifications est tel que cette sixième édition a subi une augmentation notable, mais indispensable pour maintenir le *Guide-formulaire de thérapeutique* au courant des nouvelles acquisitions de la thérapeutique.

Toujours dans le même but, M. HERZEN a cité dans cette édition les nombreux médicaments nouveaux introduits en thérapeutique pendant le cours de ces dernières années.

L'Anaphylaxie, par CH. RICHEL, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-16, 3 fr. 50. (Librairie Félix Alcan).

Cet ouvrage est un résumé des travaux récents très nombreux, qui ont été entrepris sur l'anaphylaxie. M. Charles Richet qui a, comme on sait, découvert cet important phénomène, en a exposé les conditions, autant par l'ensemble de ses expériences indiquées avec détail, que par la bibliographie très complète de tout ce qui a été fait sur ce sujet.

En médecine (thérapeutique, médecine légale, hygiène) comme en biologie générale, l'anaphylaxie est devenue une donnée fondamentale sur laquelle il importe d'être exactement informé.

L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier, par le Dr Th. SIMON. Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés ; ex-médecin assistant du service de l'admission à l'asile clinique (Sainte-Anne). "A l'usage des Chefs d'établissements publics et privés, Internes d'asile, Surveillants, Infirmiers, Gardes-malades, Parents." — 1 vol. in-1^o 406 pages. Prix : 4 francs. — Paris 1911, Librairie médicale O. Berthier. — E. Bougault, successeur, 77, Boulevard Saint-Germain.

L'aliéné n'exige pas seulement une prescription donnée en passant ; il nécessite une organisation spéciale des services, une surveillance, une répartition et un dressage particulier des infirmiers. Un résumé des principes de cette organisation, un exposé minutieux de la tâche du personnel, voilà ce qu'on trouvera dans "L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier."

Cet ouvrage se compose de quatre parties :

La première partie résume les caractères principaux de l'aliéné, les indications de l'internement, discute la contention, développe les diverses attitudes auxquelles l'aliéné oblige ;

La deuxième partie, après un résumé des modes de placements et des mesures à prendre à l'entrée du malade est consacrée surtout à la pratique de l'alitement.

La troisième partie traite du suicide, des aliénés dangereux ; puis des soins généraux : toilette, alimentation, etc.

Enfin l'auteur étudie en détails le gâtisme, l'épilepsie, et certains quartiers comme le pensionnat et les services d'enfants, pour terminer par des indications relatives à la sortie.

Telles sont les grandes lignes du plan suivi. L'ouvrage est en outre pénétré d'une atmosphère générale qui contribue à faire de "L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier" une œuvre vivante et pratique.

La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une **Bibliographie des sciences médicales**, classant par ordre de matières tous les volumes et mémoires importants sur un sujet donné. Ce volume de 192 pages in-8, publié au prix de 1 fr., sera envoyé gratis aux lecteurs de ce journal qui en feront la demande aux éditeurs, en citant le nom du journal, contre simple envoi de 25 centimes, montant de frais de port. en timbres-poste français ou étrangers.

A VENDRE

Une voiture légère pour médecin, à la campagne ou à la ville. S'adresser à M. Lemieux, dentiste, 187, rue St-Denis.

Le numéro du 1er avril de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillièrre et fils (Abonnements, France, 12 fr. Etranger, 15 fr.), est entièrement consacré à la **Gynécologie** et à l'**Obstétrique**.

La gynécologie en 1911 (*revue annuelle*), par A. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Les métastases ovariennes des cancers digestifs, par Hartmann, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Metzger. — Le cancer de l'utérus, par Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — La sécrétion interne de l'ovaire, par Sauvé. — L'obstétrique en 1911 (*revue annuelle*), par Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux de Paris. — Le séjour au lit des accouchées, par Fabre, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — L'éclampsie, par Rossier, professeur à la Faculté de médecine de Genève. — Sociétés savantes. — *Chronique scientifique* : Les nouveaux wagons-ambulance des chemins de fer suisses. — *Silhouettes médicales* : Le médecin homme politique, par le Dr Pierre Maurel. — *L'intermédiaire des médecins*. — *Art et médecine*. — *Diététique et formules thérapeutiques*. — *La vie médicale*. (Envoi franco de ce numéro de 64 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 70 en timbres-poste, tous pays).

Sommaire du numéro du 25 mars :

Traitement du rickettsisme (médications pharmaceutiques), par le Dr Marfan. — Valeur sémiologique de la réaction de Wassermann, par Ed. Joltrain. — Un institut sérothérapique au Brésil, par M. Ségard. — Actualités médicales. — Cyanose entérogène et sulf-hémoglobémie. — Le signe angulo-scapulaire de Bacelli et le symptôme acromial de Kuthy. — Nouveau traitement des fractures. Enclouage et extension. — Sociétés savantes. — *Libres propos*, par le Dr Milian. — *Chronique médico-littéraire*, par le Dr Duchesne. — *Variétés* : La ligue française de l'éducation physique. — *Les leçons d'anatomie* : Leçons d'anatomie de Rembrandt. — *Les cérémonies médicales* : Hommage au professeur Jungfleisch. — *Art et médecine*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *La médecine au théâtre*. — *La vie médicale*. (Envoi franco de ce numéro contre 0 fr. 30 en timbres-poste, tous pays).

Esculape, revue mensuelle illustrée, médecine, chirurgie, sciences, arts. Magnifique publication de luxe, format 11 x 14

pes, chez Rouzard, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris. Abonnement, étranger 25 francs avec superbes primes remboursant le prix d'abonnement.

Sommaire de Mars 1911. Les faits du spiritisme et nos connaissances sur l'au-delà par le prof. Grasset.

La maison du médecin, par Dr Courtault.

Ce qu'il en coûtait pour devenir médecin à la fin du 18^e siècle.

Un apôtre.

Une grossesse historique, par Cabanès.

La croissance de Rosa-Josepha, par Marcel Beaudoin.

Le premier salon des médecins, par Dr Puercus.

SUPPLEMENT

UN NOUVEL ANESTHESIQUE LOCAL DANS LA CHIRURGIE ANO-RECTALE

En fait de nouveauté, le Dr Hirschman, de Détroit, a expérimenté avec succès le *chlorhydrate d'urée et de quinine* comme anesthésique local de solution à 1 p. 100 dans la chirurgie ano-rectale. Il publie une statistique de 102 cas comprenant: hémorrhoides externes et internes, fistules de l'anus et du périnée, etc. Le résultat est remarquable à tous les points de vue.

On conseille de substituer cet anesthésique à la cocaïne dans ces cas parce qu'il est soluble, anesthésique, non toxique, hémostatique, et que son action se prolonge assez longtemps.

La maison Parke-Davis prépare le chlorhydrate de quinine et d'urée en solution à 1% dans les tubes en verre contenant 5 c. c. chacun. Elle adresse à tous ceux qui lui en font la demande un pamphlet contenant les détails sur son mode d'emploi.

LE TONIQUE IDEAL

Est celui qui stimule le système nerveux débile, augmente l'hémoglobine et modifie la condition des tissus.

Aucune préparation ferrugineuse n'est aussi bien tolérée dans tous cas que le *Pepto Mangan (Gude)*; ses effets sont prompts, l'appétit est augmenté, le sang avantageusement modifié sans aucun inconvénient pour l'estomac ou l'intestin.

L'ELECTRARGOL DANS LA BRONCHOPNEUMONIE DES ENFANTS

par H. Perrier (Thèse de Lausanne).

L'auteur a tenté l'emploi systématique de l'Electrargol dans la bronchopneumonie infantile, "écartant avec soin la pneumonie franche : cette dernière maladie fait, en effet, une crise spontanée qu'il aurait été téméraire d'attribuer à l'Electrargol si l'on avait eu la chance de faire la veille une injection du médicament. La bronchopneumonie, au contraire, présente une courbe de température irrégulière dans laquelle il est plus facile de discerner l'effet de la médication du caprice de la nature".

C'est sur 47 observations que porte le travail critique auquel se livre l'auteur.

La mortalité dans les cas de bronchopneumonie traités par l'Electrargol a été de 11, ce qui donne une moyenne de 23,4%. Or, l'auteur, rapprochant ces résultats de ceux obtenus couramment dans les hôpitaux, constate que c'est en général entre 60% et 90% qu'oscille la mortalité par la même maladie. La différence est si considérable que M. PERRIER envisage cette objection que l'épidémie traitée par l'Electrargol peut s'être trouvée plus bénigne que les autres. A quoi il répond lui-même en faisant remarquer que l'année où l'épidémie fut trouvée la moins grave, dans les archives hospitalières, donne encore une mortalité de 45%, chiffre double de celui obtenu pendant le traitement par l'Electrargol ; d'ailleurs il signale que ses 47 cas sont disséminés sur deux hivers et un été ce qui élimine l'argument de la bénignité pour la période envisagée.

M. PERRIER, d'ailleurs, examinant ceux de ses cas qui se sont terminés par la mort, signale que, pour la plupart, ils concernaient des enfants atteints de complications graves — abcès, pleurésies purulentes, affections thyroïdiennes, péritonites, syphilis héréditaire — contre lesquelles l'Electrargol n'avait pas la même activité que pour la bronchopneumonie.

L'auteur examine ensuite l'étiologie de la maladie traitée et ajoute :

"Comme nous le voyons, même dans des bronchopneumonies secondaires à la rougeole et à la coqueluche, toujours très graves, la mortalité reste de beaucoup inférieure à ce qu'elle était auparavant."

L'étude de la marche, de la durée et des symptômes ne montre pas moins intéressante.

On sait qu'en général, la durée de la bronchopneumonie varie entre deux et trois semaines, pour atteindre parfois plus d'un mois.

" Avec l'Electrargol, dit M. PERRIER, ce qui frappe tout d'abord, c'est dans la plupart des cas la faible durée de la maladie ; après une période fébrile de quelques jours, six, sept ou même moins, la fièvre tombe, la guérison définitive survient sans rechute et cela même dans des cas où les signes physiques et les symptômes observés avaient été intenses et alarmants. La marche de la maladie rappelle beaucoup celle de la pneumonie franche : durée relativement courte, chute de la fièvre souvent brusque et définitive, ainsi que nous le verrons en étudiant les courbes de température. "

Touchant les doses, l'auteur donne les indications suivantes, les injections étant intra-musculaires :

" Nous avons toujours commencé par une dose de 5 cc. même chez des enfants âgés de quelques mois seulement. Tant que la fièvre subsiste, nous répétons l'injection chaque jour, et, point très important sur lequel nous tenons à insister encore, il est nécessaire de refaire une ou deux injections à deux ou trois jours d'intervalle après la chute de la température. En agissant ainsi on a toutes les chances d'éviter des récidives.

Dans quelques cas graves, à symptômes inquiétants et où la défervescence tardait à se produire, nous avons employé double dose, soit 10 cc. d'Electrargol ; nous nous en sommes toujours bien trouvés.

Chez l'adulte on peut toujours facilement atteindre 30-40 cc. par injection. "

Concluant enfin, l'auteur remarque que l'Electrargol " augmente la résistance de l'organisme et exalte ses moyens de défense. Les résultats obtenus dans la bronchopneumonie des enfants sont excellents ; il améliorent d'une manière considérable le pronostic de cette maladie. "
