

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. VI

DÉCEMBRE 1899

N° 5

TRAVAIL ORIGINAL

—

Remarques sur le rôle du médecin dans la syphilis ignorée chez la femme mariée

PAR

LE DOCTEUR ADELSTAN DE MARTIGNY

—

Que la syphilis existe souvent chez la femme sans qu'elle s'en doute, cela est certain. Nous en avons, malheureusement trop souvent la preuve.

Et quand nous ne l'aurions pas il serait facile de comprendre, à priori, qu'il en soit ainsi, et cela, pour toutes sortes de raisons.

La femme, j'entends la femme honnête, est en général tout à fait ignorante des symptômes, et même, souvent, du nom de la maladie. Elle se trouve dès lors dans l'impossibilité de la soupçonner, si même elle se révélait chez elle par des symptômes très apparents de la période secondaire. Et, en réalité, nous savons que cette période est souvent très bénigne. Un chancre avec son bubon ; une roséole légère ; quelques plaques muqueuses ; un peu d'alopecie ; peut-être quelques croûtes du cuir chevelu ; des douleurs dans la tête ou les articulations ; dans les membres, voilà tout, avec, souvent, des troubles nerveux n'ayant rien de caractéristique.

A tous ces troubles, les causes les plus plausibles ne manqueront pas, en dehors de la syphilis : impuretés du sang ; humeurs ; migraines ; névralgies ; rhumatismes ; surmenage ; anémies ; neurasthémie ; et voilà !

La femme, d'ailleurs, ne soupçonne pas son mari qui prend les plus grands soins pour cacher la véritable cause des symptômes survenus chez elle.

En cela, le secours du médecin lui est nécessaire, et il ne manque jamais de l'obtenir. Et c'est à ce point de vue spécial que la question est intéressante.

Consultés par un mari désireux de cacher à sa femme la maladie qu'il lui a communiquée, devons-nous l'aider dans l'exécution de ses projets ?

Grave question, qu'il ne faudrait pas résoudre à la légère.

Laissant de côté les cas exceptionnels pouvant présenter des indications spéciales, j'estime, avec la plupart des auteurs qu'on peut cacher à la femme son état. Le malheur arrivé est déjà assez grand sans en exagérer encore les conséquences. Révéler à la femme la faute du mari, c'est détruire à jamais la paix d'un ménage. C'est détruire la confiance qui est la base des affections durables et la garantie du bonheur conjugal. Mais, pour en agir ainsi, il faut être certain que la femme ne courra aucun risque, du fait même de l'ignorance dans laquelle nous allons la laisser. En d'autres termes : il faut être certain que la femme, bien que ne connaissant pas son état et les dangers qu'il comporte, suivra un traitement régulier et capable de lui assurer une sécurité aussi complète que possible. Obtenir qu'une femme se soumette à un tel traitement, alors qu'elle le jugera sûrement inutile, n'est pas chose facile. Le médecin seul ne saurait l'obtenir, et la coopération du mari lui est indispensable.

Il faut donc pouvoir se l'assurer d'une manière absolue.

Pour ma part, je ne manque jamais de prendre à cet

effet mes précautions. Et cela de la manière suivante : Mon ami, dis-je au mari, je ferai en sorte que votre femme ignore son état. Mais vous devez comprendre que vous devenez dès maintenant responsable des accidents qui pourraient lui arriver, si elle ne suivait pas, son traitement. En vous aidant, j'accepte de partager cette responsabilité. Je ne le ferai cependant pas sans vous avertir que le jour où vous seriez incapable de la décider à suivre ce traitement, je me verrai forcé de lui révéler ce que nous lui cacherons aujourd'hui. En effet, en lui laissant négliger ce traitement, nous l'exposerions à des dangers auxquels nous n'avons pas droit de l'exposer ainsi.

Le mari ne manque pas d'acquiescer et, si un jour, il sentait son zèle se ralentir, il serait suffisant de lui rappeler les conditions auxquelles il a souscrit pour le ramener dans le droit chemin.

“ En affaires comme en affaires ” nous disent les Anglais, et les Écossais ajoutent que “ pour réussir, il faut juger tout le monde honnête mais les traiter comme des voleurs. ” Ce sont deux bons enseignements qu'il faut retenir et mettre à profit dans une circonstance aussi grave que celle où il s'agit de protéger la santé et la vie d'une personne qui se fie à votre conscience autant qu'à votre savoir.

Certes, lorsque le mari vient nous demander assistance, les meilleures intentions l'animent. Autrement il n'aurait qu'à laisser faire, sans se préoccuper de rien. Mais les circonstances peuvent changer. La constance n'est pas bien humaine et, souvent, l'indifférence prend bientôt la place de l'affection la plus tendre. C'est en prevision d'un tel changement, qu'il faut prendre ses mesures.

Voilà ce qu'il faut faire, à mon sens, lorsque nous sommes consultés au début des accidents. Mais lorsque l'on ne vient que plus tard, alors que la femme souffre d'accidents secondaires ou tertiaires dont elle ignore la cause ?

Ici, chaque cas en particulier me paraît comporter ses indications spéciales.

Le mari, aussi bien que la femme elle-même, peut ignorer la nature des accidents dont elle souffre.

Le lui apprendre peut être suffisant, et nous retombons dans une situation analogue à la précédente. Bien plus, si le ménage est encore uni, nous pouvons compter d'avantage sur le secours efficace du mari.

De même si le mari connaît la nature de ces accidents et nous amène sa femme dans le but de la faire traiter, et guérir si possible.

Mais il est des maris qui, à l'égard de leur femme, en sont arrivés à une indifférence complète ; se désintéressent absolument de son état de santé, refusent même de s'en occuper et d'écouter nos conseils ou nos remontrances ou vont, même, jusqu'à nier qu'ils soient en cause !

Situation très délicate ! Mais situation dont il importe de sortir, non à notre avantage, mais à l'avantage de la malade.

En général, un tel état de choses n'arrive qu'après plusieurs années de mariage et alors que la malheureuse femme ne conserve plus guère d'illusions.

Il importe cependant de ne pas ajouter à ses malheurs intimes. Pour cela, il importe d'exonérer le mari coupable, autant que faire se peut, et cela, non pour lui, mais par égard pour la femme elle-même.

Il n'en faut pas moins avertir la victime des dangers qui la menacent et des moyens à prendre pour les éviter. La chose n'est pas facile, et demande beaucoup de tact et de délicatesse. On arrive quelquefois à persuader à la femme qu'elle a pris la maladie par accident. Mais ce n'est pas toujours facile. Reste alors le pis aller d'une maladie prise par le mari avant le mariage et qu'il croyait guérie.

Il m'est arrivé de constater une syphilis par conception alors que le mari, depuis un an avant son mariage

n'avait souffert d'aucun accident spécifique. Non seulement il se défendait d'avoir contagionné sa femme, mais il l'accablait des plus injustes soupçons que je ne parvins à faire disparaître qu'à grand peine, et en lui faisant lire l'excel-lente étude que le professeur Fournier a consacrée à cette question.

Mais il importe, surtout alors de faire le diagnostic de la spécificité, et de ne pas laisser passer inaperçues des manifestations graves de l'affection, j'ai été appelé, il y a bientôt deux ans auprès d'une femme presque cachectique, et se croyant consomptive, parcequ'elle avait depuis plusieurs mois une toux opiniâtre qui résistait à tous les traitements.

Au cours de l'interrogatoire, elle m'apprit que six ans auparavant, elle avait été guérie, par miracle, d'un cancer de la langue, échappant ainsi au couteau du chirurgien qui voulait lui couper la langue, et aux pilules qu'un confrère, consulté en désespoir de cause, lui avait données pour faire fondre la tumeur. Pilules qui avaient failli l'empoisonner, à tel point, qu'elle avait pensé perdre ses dents, et avait salivé abominablement. Je vous laisse à penser que le confrère aux pilules avait été laché alors qu'on vénérât le nom du chirurgien qui, ayant revu la malade guérie s'était incliné devant le miracle, se gardant bien de prescrire le mercure ou l'iodure,

Croyait-il vraiment au miracle ? je l'espère pour lui, aimant mieux le croire coupable seulement d'ignorance que d'un acte de mauvaise foi qui, en le sortant d'un mauvais pas, en le lavant d'une terrible erreur de diagnostic ; (Car il est épouvantable de couper la langue pour un syphilome lingual) ; en le rendant sympathique aux pères qui avaient obtenu la guérison du cancer ; en faisant de lui un homme vénérable par sa foi vive, n'en laissait pas moins une vertueuse mère de famille exposée aux coups d'une syphilis qui se manifesta, à brève échéance, de la manière que voici : D'abord, après six mois de santé à peu près bonne,

des douleurs de rhumatisme contre laquelle la malade employa, sans résultat, tous les liniments de la pharmacopée et les recettes de vieilles femmes, Puis vinrent des plaies du cuir chevelu qui suppurèrent en répandant une odeur infecte, et qui n'étaient pas encore guéris, quand je vis la malade. Puis, encore, des céphalées terribles, surtout la nuit, dont elle pensa devenir folle et perdre la mémoire. Enfin une bronchite interminable. De tout cela résultait un état d'épuisement et de maigreur bien fait, à la vérité, pour donner à penser à la phthisie

Mais le confrère aux pilules ? Qu'était-il advenu de lui ? Et avait-il fait connaître son diagnostic ? On m'assura que non. Et, en tout cas, on ne le revit plus au sujet de la malade.

Pour ma part, je n'hésitai point à suivre la seule ligne de conduite qui me parut honnête encore que préjudiciable à mes intérêts.

Avertissant d'abord la malade de l'extrême gravité de son état, je lui déclarai la nature de ses accidents actuels et de son cancer. Je m'efforçai de réhabiliter dans l'estime de la famille, le confrère qui avait sauvé la vie de la malade en lui prescrivant du mercure, et ne manquai pas d'assurer à cette dernière que si elle avait suivi ses conseils et pris ses remèdes, elle eut été guérie dès longtemps. J'insistai sur le fait qu'aucun autre traitement ne pouvait actuellement la sauver, que le traitement qui l'avait déjà guérie, mais que, cependant, la maladie était peut être trop avancée pour que la guérison fut encore possible. Toutes ces déclarations n'allèrent pas sans récrimination, sans violentes protestations et sans de vives attaques contre ce Paris méchant qui enlève la foi des jeunes gens qui y vont étudier etc etc. Je laissai dire et tins bon, j'insistai à nouveau sur la possibilité de guérir la malade, et la nécessité d'instituer au plus tôt un traitement énergique.

Deux jours plus tard, la malade me demandait le lui prescrire un traitement qu'elle suivit religieusement. Il ne fut plus question de cancer entre nous.

Deux mois après le début de la médication spécifique, tout symptôme avait disparu. La bronchite seule persista plus longtemps.

S'il fallait résumer ces remarques, je le ferais sous forme des conclusions suivantes :

1. On peut, au début, cacher à la femme son véritable état, pourvu qu'on prenne les moyens pour empêcher que l'ignorance dans laquelle on la laisse, ne devienne, plus tard, une source réelle de dangers.

2. Que, plus tard, découvrant une syphilis ignorée, il importe d'assurer à la femme un traitement efficace, et ne pas compromettre à jamais son bonheur conjugal,

3. Qu'enfin, en face des symptômes évidents d'une syphilis niée mensongèrement ou de bonne foi, il est de notre devoir d'énoncer notre diagnostic, même au risque de compromettre gravement notre intérêt personnel, et d'insister de telle sorte qu'on obtienne la mise en œuvre du traitement.

REPRODUCTION

**Les liquides abondants et les viandes blanches
dans le régime de la néphrite interstitielle**

PAR

R. ROMME

Préparateur à la Faculté

Le régime diététique de la néphrite interstitielle est généralement moins rigoureux que celui de la néphrite parenchymateuse. Les substances albuminoïdes ne sont pas proscrites d'une façon absolue, mais, en majeure partie, elles sont données sous forme de lait, et de liqueurs qui en renferment. On permet, en outre, des fruits cuits, des farineux, des légumes, des graisses, tout cela pour réduire, dans la mesure du possible, les fermentations intestinales et les poisons dont l'élimination irrite le rein malade.

Toutefois, à l'heure actuelle, c'est la question des boissons qui joue le rôle prépondérant dans ce régime.

Les boissons, en vertu de la théorie de l'auto-intoxication intestinale, sont destinées à produire une sorte de lavage de l'organisme, augmenter la diurèse et débarrasser ainsi l'économie des poisons formés. Il semble donc que plus le malade boira, plus grande sera la dilution des poisons passant par le rein et moins cet organe sera irrité. Aussi, quand le malade n'est pas mis, sans autre forme de procès, au régime lacté absolu, c'est-à-dire quand il ne prend pas 3 à 4 litres de lait par jour, on lui prescrit le lait (lait en nature, petit-lait, képhir, koumys) à la dose de 1 à 2 litres par jour, et pour appuyer l'action diurétique du lait, on encore une eau minérale, une bouteille par jour en général. De cette façon les malades prennent 4 à 5 litres de liquides par jour quand ils sont au régime lacté absolu, 3 à 4 litres quand ils sont au régime mixte.

Le régime alimentaire ainsi que le régime des boissons auxquels on soumet ces malades sont donc tous les deux bien en rap-

port avec la théorie de l'auto-intoxication intestinale qui, à l'heure actuelle, domine toute la thérapeutique des néphrites.

Généralement, les malades qui se trouvent au début de leur néphrite interstitielle, supportent assez bien cette grande quantité de liquides. Mais il n'en est pas toujours ainsi quand ce régime est continué depuis longtemps, depuis plusieurs années, ou bien encore, quand il est institué à une période avancée de la néphrite, quand le malade présente déjà un cœur qui commence à fléchir. On voit alors les accidents cardiaques apparaître chez les malades qui n'en avaient pas jusque-là, et revêtir une gravité croissante chez ceux dont le cœur ne fonctionnait plus bien.

La situation est alors délicate, et comme le régime auquel est soumis le malade paraît rationnel et nullement responsable des accidents, on le continue, et le malade succombe avec l'étiquette : cachexie cardio-rénale.

Le régime est-il vraiment pour rien dans l'apparition des accidents cardiaques ou bien l'abus de liquides joue-t-il son rôle dans la genèse ou l'aggravation de l'affaiblissement progressif du cœur ? Telle est la question que le professeur C. von Noorden se pose dans un travail publié dans la *Therapie der Gegenwart* sous le titre général de traitement de la néphrite chronique. A cette question M. Noorden répond affirmativement et, observations en mains, il montre que, dans certains cas de néphrite interstitielle, les liquides abondants sont dangereux et responsables des accidents cardiaques, et que leur suppression — ce qui est particulièrement intéressant en l'espèce — amène rapidement la disparition de ces accidents. On voit de suite l'importance thérapeutique de ce fait.

En clinique, les cas de néphrite interstitielle dans lesquels les liquides abondants produisent des effets désastreux, se présentent de la façon suivante.

Il s'agit toujours des malades arrivés à une période avancée de leur néphrite interstitielle et qui sont soumis depuis longtemps au régime des liquides en abondance. Depuis quelque temps, ils présentent déjà des accès d'asthme cardiaque, et, en les examinant, on trouve une hypertrophie du ventricule gauche, avec dilatation du cœur, qui explique suffisamment la dyspnée et les accès de sténo-cardie dont ils se plaignent. Quand ces malades commencent à présenter ces signes de l'insuffisance cardiaque, il est de règle de leur donner de la digitale. La digitale conjure, en effet, les accidents pour quelque temps, mais pas pour longtemps. On est donc obligé de revenir à la digitale, et cela à des intervalles de plus en plus rapprochés. Puis arrive un moment où la digi-

tale n'agit plus, et le malade succombe avec des symptômes parmi lesquels prédominent tantôt ceux de l'affaiblissement cardiaque tantôt ceux de l'urémie.

Quand on réduit cette quantité à un litre, un litre un quart par jour, on voit, comme dans la cure d'Értel, la dilatation du cœur rétrocéder, l'œdème pulmonaire disparaître, les accès de sténo-cardie cesser, le sommeil reparaître. Fait curieux, le diurèse reste relativement élevée malgré la diminution des liquides. L'amélioration ainsi obtenue est généralement durable et persiste pendant des mois quelquefois pendant des années.

Bien entendu, cette amélioration produite par la suppression des liquides n'est pas une règle absolue, c'est-à-dire que chez les individus arrivés à la dernière période de la cachexie cardio-rénale elle échoue, mais non sans donner même une période d'euphorie passagère et quelquefois même une survie de quelques semaines.

Parmi les nombreux cas de ce genre observés par M. von Noorden, il nous semble intéressant de citer le suivant, où le tableau clinique et les effets thérapeutiques du traitement ressortent d'une façon particulièrement nette :

Un homme de quarante cinq ans, grand industriel est soigné depuis plus de cinq ans pour une affection rénale. Il y a quatre ans, il vient consulter M. von Noorden pour des troubles datant de quelques mois seulement ; dyspnée progressivement croissante, accès d'angoisse précordiale se déclarant souvent la nuit et s'accompagnant d'expectoration sanguinolente. L'examen confirme le diagnostic de néphrite interstitielle et montre, en outre, l'existence d'une dilatation du cœur gauche et d'une rétinite albuminurique.

Ce malade prenait par jour trois ou quatre litres de liquides, parmi lesquels le lait figurait pour un litre et demi et une eau minérale pour un litre un quart. Il a suffi de réduire la quantité de liquide à un litre un quart par jour, en laissant au choix du malade la nature du liquide (lait, eau, soupe, voire même un peu de vin léger), pour voir dans l'espace de quelques jours l'asthme cardiaque disparaître et la dilatation du cœur diminuer d'une façon considérable. L'amélioration n'a fait que s'accroître dans la suite, et depuis quatre ans les accidents dont se plaignait le malade n'ont plus reparu. L'albuminurie est restée ce qu'elle était auparavant.

Il ressort donc de ces faits que les malades atteints de néphrites interstitielle et présentant des accidents cardiaques, sup-

portent mal les liquides abondants. L'abus des liquides semble même aggraver ces accidents qui, d'un autre côté, disparaissent quand on met un terme à cet abus.

L'abus de liquides dans la néphrite interstitielle peut-il *provoquer* les accidents de dilatation du cœur et de sténocardie ? Certains faits observés par M. von Noorden lui font penser que les choses se passent souvent de cette façon. Il a vu notamment des malades atteints de néphrite interstitielle et ne présentent rien du côté du cœur ; imprudemment on les avait mis au régime lacté ou à celui des boissons abondantes, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, apparaissait le syndrome de la dilatation du cœur. Il suffisait de réduire la quantité de liquides à un litre, un litre et demi par vingt-quatre heures, pour voir les accidents disparaître et ne plus revenir pendant des années.

De là, à mettre en doute l'utilité des boissons abondantes dans la néphrite interstitielle, il n'y avait qu'un pas. En effet, M. von Noorden incline à penser qu'au point de vue de la prophylaxie des accidents cardiaques, l'abus des liquides destinés à produire un lavage de l'organisme doit être évité chez ces malades, quand même ils possèdent encore un cœur à la hauteur de sa tâche. Il a pu notamment constater que chez eux l'élimination des produits de désassimilation (urée, acide urique, etc., etc.) et de l'albumine n'est pas influencée par la quantité de liquides ingérés. Chez eux, la *quantité* de ces produits, éliminés dans les vingt-quatre heures par l'urine, ne change pas quand ils boivent beaucoup ou boivent peu. Chez aucun des malades soumis à une diète liquide limitée, il n'a existé une rétention des produits toxiques de désassimilation, et cela aussi bien pendant la période d'euphorie relative que pendant le stade de complications cardiaques ou d'urémie. Dans ces conditions, les liquides abondants perdent leur raison d'être dans le régime diététique de la néphrite interstitielle.

En résumé, les faits cités plus haut montrent que contrairement à l'opinion basée sur la théorie de l'auto-intoxication intestinale, les liquides abondants sont inutiles dans la néphrite interstitielle au début ; qu'ils sont directement nuisibles, par le surcroît de travail qu'ils imposent au cœur, dans la néphrite interstitielle compliquée d'accidents cardiaques ; qu'enfin leur suppression, c'est-à-dire une diète liquide limitée établie au moment opportun, fait disparaître les accidents provoqués par l'abus de liquides.

Il est inutile d'insister sur l'importance pratique de ces conclusions.

La proscription de la viande n'est pas aussi absolue dans la phrite interstitielle que dans la néphrite parenchymateuse. On en permet donc, mais à la condition expresse que ce soit une viande blanche. Ordinairement, le médecin croit de son devoir de souligner, dans son ordonnance, la défense de manger de la viande rouge.

La viande rouge est donc plus dangereuse que la viande blanche ? C'est la question que M. von Noorden s'est posée, et pour trouver une réponse il a feuilleté traités sur traités, mémoires sur mémoires. Il n'a rien trouvé. C'est la tradition qui veut que la viande blanche renferme moins de produits extractifs, moins de substances capables d'irriter le rein ; c'est donc par tradition que dans la néphrite interstitielle on donne les viandes blanches à l'exclusion des viandes rouges.

Au cours de ces recherches, M. von Noorden apprit pourtant deux choses qui ne manquent pas d'intérêt, d'abord que la viande de poulet la viande de lapin, viandes blanches par excellence, renfermant 3 à 4 pour 1,000 de créatine, tandis que dans la viande de bœuf la proportion de ce produit de désassimilation n'atteint jamais 3 pour 1,000 ; en second lieu, que la coloration rouge de la viande dite rouge, est due à la présence d'une matière colorante dont on ne connaît pas encore exactement la constitution chimique, mais que l'on ne saurait compter parmi les substances nuisibles pour l'économie.

Pour avoir le cœur net sur cette question, M. von Noorden prit une brightique et lui donna, pendant cinq jours, une demi-livre de viande de poulet, et pendant cinq autres jours, de la viande de bœuf contenant la même quantité d'azote. Le dosage de l'albumine fait tous les jours, montra que la quantité d'albumine était la même quand le malade mangeait du poulet que lorsqu'il recevait du rôti.

Fort de ce fait, M. von Noorden se décida à lever la proscription de la viande rouge dans la néphrite interstitielle et s'en trouva bien. Il permit donc à ces malades le bifteck et l'entrecôte non pour faire de la nouveauté, mais parce qu'il a rencontré des malades scrupuleux qui se condamnent à la viande de veau, la prennent en dégoût, en mangent de moins en moins, perdent l'appétit et s'affaiblissent. Chez eux, la permission de la viande rouge réveillait l'appétit, arrêtaient la dénutrition et ramenaient les forces.

**

Tels sont les deux points du traitement diététique de la néphrite interstitielle — les liquides abondants et les viandes blanches — sur lesquels il nous a semblé intéressant d'attirer l'attention des praticiens. Chaque médecin peut les essayer avec certitude de ne pas nuire, et avec l'espoir de faire beaucoup de bien à ses malades.

Désinfection des chambres de malades par l'aldéhyde formique gazeux (1)

PAR

P. A. MESNARD.

Il n'y a pas longtemps encore que le praticien appelé auprès d'un sujet atteint d'une affection contagieuse avait en quelque sorte pour unique tâche de traiter la maladie déclarée, et ne pouvait guère se préoccuper d'en éviter la propagation. Lorsqu'il avait prescrit un isolement aussi rigoureux que possible, là se bornait à peu près son rôle pour empêcher la dissémination du contagé.

Aujourd'hui, depuis les doctrines pastoriennes, le champ d'action du praticien s'est singulièrement étendu, et il appartient à l'hygiéniste de prévenir la propagation des maladies. Pour cela son premier devoir est de pratiquer autour du malade l'asepsie la plus rigoureuse, et, la maladie terminée, de désinfecter tout ce qui a pu être en contact avec le malade. Les locaux occupés par lui doivent être l'objet d'une désinfection rigoureuse.

Diverses substances furent employées dans ce but ; acide sulfureux, pulvérisations de sublimé, vapeur d'eau sous pression, sulfate de cuivre, phénol, etc., avec des résultats plus ou moins favorables, sont parce que leur pouvoir désinfectant était minime ou illusoire, soit parce qu'elles détérioraient les objets soumis à leur action.

Il s'agissait donc de trouver un corps dont les propriétés

(1) *La Presse Médicale* No. 82 p. 223

antiseptiques fussent incontestables et la diffusibilité assez grande pour pénétrer partout sans rien détériorer. Seul, un corps gazeux pouvait remplir ces desiderata. Des essais entrepris dans cette voie par divers expérimentateurs français et étrangers, à la tête desquels nous devons signaler le nom de M. A. Trillat, conduisirent à la découverte des propriétés antiseptiques et désinfectantes du *formol* (1888-1892) et montrèrent les nombreuses applications dont ce gaz est susceptible au point de vue de l'hygiène publique et de la pratique médicale.

::

Le *formol*, que l'on désigne encore sous les noms de *formaldéhyde*, *aldéhyde formique* et *formaline*, est un corps gazeux, que l'on obtient par le passage des vapeurs d'alcool méthylique sur le charbon porté au rouge. Il est très soluble dans l'eau et l'alcool. On utilise une solution alcoolique à 40 pour 100, dite solution commerciale de formol, laquelle présente une odeur de souris et est très irritante. Le formol, qui a pour formule CH_2O , constitue le premier terme de la série aldéhydique.

M. Trillat étudia d'abord l'action directe de l'aldéhyde formique en solution sur des cultures microbiennes ; puis il essaya le pouvoir antiseptique des vapeurs de formol et arriva à la triple conclusion que voici : 1° les vapeurs de formol se diffusent rapidement dans les tissus animaux, qu'elles rendent imputrescibles ; 2° elles stérilisent en quelques minutes les substances imprégnées de bacilles d'Eberth ou de bacillus anthracis ; 3° elles ne sont toxiques que lorsqu'on les respire pendant plusieurs heures et en grande quantité.

Mais les vapeurs de formaldéhyde n'exerçaient tout leur pouvoir qu'à la condition d'être produites en grande quantité et d'être répandues rapidement ; il fallait donc les dégager sous pression pour obtenir cette puissance d'expansion. D'autre part, la solution commerciale de formol ne pouvait être employée telle quelle, sans risquer de produire une désinfection incomplète ; si l'on évaporait directement, par exemple, une solution du commerce, il se dégagerait pendant les premiers instants des vapeurs de formaline, mais, dès que la concentration dépassait 40 pour 100, il se produisait une polymérisation qui augmentait au fur et à mesure de cette concentration ; d'où la nécessité de découvrir un procédé qui empêchait la solution du commerce de se polymériser. M. Trillat résolut le problème en se basant sur le principe

suivant : la solution de formaldéhyde, chauffée dans un autoclave, sous une pression de trois ou quatre atmosphères, laisse dégager ses vapeurs sans produits polymérisés ; l'addition d'un sel neutre favorise la régénération.

Ce sel neutre, qui empêche la polymérisation et dessèche en même temps les vapeurs qui se dégagent, n'est autre que le chlorure de calcium. On donne le nom de *formochlorol* au mélange de formaldéhyde et de chlorure de calcium.

Donc, pour procéder à la désinfection d'un local contaminé, il suffit d'avoir à sa disposition : 1° l'appareil imaginé par M. Trillat et auquel il a donné le nom d'*autoclave formogène* ; 2. du formochlorol.

::

D'après la description qu'en donne M. A. C. Kermektchieff dans sa thèse inaugurale, l'appareil de Trillat se compose d'un autoclave don. la forme est un peu plus allongée que celle des modèles ordinaires. Il est foré dans un bloc de cuivre ; ses parois ont environ 12 millimètres d'épaisseur ; l'intérieur est garni d'argent, métal offrant le plus de résistance à l'action du formol liquide.

Le couvercle de l'autoclave affecte la forme du couvercle d'un autoclave à stériliser ; il est maintenu serré au moyen de boulons articulés.

A sa partie supérieure se trouvent fixés un manomètre, une soupape de sûreté, une ouverture destinée à l'introduction du liquide dans l'appareil, et le tube de dégagement des vapeurs de formol. Ce tube est disposé sur le côté du couvercle ; il s'élève à une faible hauteur, puis devient horizontal ; la partie horizontale a une longueur d'environ 50 centimètres. Le diamètre intérieur de ce tube est de 4 millimètres ; il est mis en communication avec l'autoclave au moyen d'un robinet.

Le corps de l'autoclave repose sur un cylindre de tôle, dans lequel il s'enfonce jusqu'aux deux tiers de sa hauteur. Le chauffage est obtenu soit par une rampe concentrique de gaz, soit par le pétrole.

Ce dernier moyen est de beaucoup le plus recommandable, car il laisse l'appareil plus indépendant et, partant, plus transportable dans les endroits où l'on risque de ne pas trouver de gaz ; d'autre part, il est tout aussi rapide si l'on se sert du fourneau à pétrole dit "Primus," que l'on place au-dessous de l'autoclave, comme l'indique la figure ci-jointe.

Le formochlorol se prépare en broyant 200 gr. de chlorure de calcium que l'on humecte avec la même quantité d'eau ; on obtient ainsi une liqueur sirupeuse qu'on mélange avec 1 kilogramme de la solution commerciale de formol.

Il serait sans doute préférable de dissoudre directement le sel calcique dans la solution de formaline, mais cette manipulation demande certaines précautions particulières.

~

Connaissant l'autoclave formogène et sachant préparer le formochlorol, il nous reste à étudier le fonctionnement de l'appareil.

Après avoir rempli l'autoclave d'une quantité de formochlorol qui ne doit jamais dépasser les deux tiers de sa capacité, on allume la rampe de gaz ou le fourneau à pétrole. Lorsque l'autoclave est chaud, on a soin de reserrer les boulons si l'on ne veut pas être incommodé par les fuites de vapeurs, qui commencent à se dégager au bout d'une demi-heure. Dès qu'on atteint une pression de cinq atmosphères, on ouvre avec précaution le robinet de dégagement ; les vapeurs de formaldéhyde se précipitent sous forme d'un nuage blanc qui se disperse rapidement dans l'air ambiant. Après dix minutes de fonctionnement, ces vapeurs ont déjà atteint les points extrêmes du local à désinfecter.

La durée de fonctionnement de l'appareil varie évidemment selon la grandeur de la pièce à assainir, selon la pression à laquelle est soumis le liquide et selon la quantité plus ou moins grande de vapeurs dégagées dans un temps donné, Il faut, en moyenne, vaporiser 1 litre de formochlorol pour une contenance de 100 mètres cubes.

Pour ce qui est de la production d'une quantité maxima de vapeurs dans un minimum de temps, il suffit de maintenir l'autoclave sous une pression de cinq atmosphères.

Plus on augmentera le nombre des jets pulvérisateurs, plus les vapeurs d'aldéhyde formique se diffuseront rapidement dans l'appartement à désinfecter. Un autoclave formogène muni de quatre jets peut fournir, en une heure, la quantité de vapeurs nécessaire à la saturation d'un local de 500 mètres cubes. On augmentera la chaleur pour maintenir la pression.

Où doit-on placer l'appareil ? Il peut être indifféremment mis, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du local. Toutefois, il est préférable que l'autoclave formogène soit placé en dehors de l'appartement à assainir, pour les raisons suivantes : d'abord, la surveil-

lance de l'appareil est plus aisée ; ensuite, on peut le charger avec beaucoup plus de facilité puisqu'on l'a sous la main ; enfin, l'opérateur, n'ayant pas à entrer dans le local à désinfecter ni à en sortir, évite ainsi le dégagement de vapeurs de formaline dans le voisinage.

L'appareil est donc installé à une vingtaine de centimètres en dehors de la porte d'entrée de la maison que l'on veut purifier. On fait pénétrer le tube de dégagement dans l'appartement au moyen d'un petit orifice, tel que le trou de la serrure préalablement dévisée. L'autoclave est alors prêt à fonctionner.

La première chose à faire, quand on veut désinfecter un local, c'est de le cuber. Ensuite, on condamne toutes les issues d'une certaine largeur, telles que cheminées, bouches de calorifère. etc. On dispose les linges, les couvertures sur des cordes tendues à n'importe quelle hauteur ; on découd les matelas et on en étale la laine ou le crin sur le sol. Enfin, on isole les pièces à assainir d'avec les appartements avoisinants en calfeutrant d'ouate, sans coller de papier, toutes les fissures ou orifices de communication. Ceci fait, on introduit le formochlorol dans l'appareil, à raison de 1 litre par 100 mètres cubes ; on place l'autoclave devant la porte comme il vient d'être dit ; on fixe le tube de dégagement ; on procède de même pour le thermomètre, qui n'a d'utilité qu'au cas où le manomètre ne fonctionnerait pas, car on sait qu'une température de 145° correspond à peu près à 4 atmosphères $\frac{1}{2}$; on allume le fourneau, et, dès que la pression est de 5 atmosphères, on ouvre doucement le robinet de dégagement.

La vaporisation durera vingt-cinq minutes pour 1 litre de formochlorol, quarante-cinq minutes pour 2 litres, une heure pour 3 litres, une heure un quart pour 4 litres. On éteint ensuite la lampe, et quand la pression n'est plus que de 1 atmosphère $\frac{1}{2}$, on ferme le robinet et on prend les précautions nécessaires pour maintenir l'appareil en bon état.

Après la vaporisation de formol, l'appartement doit rester fermé pendant deux heures. Les vapeurs de formaline étant irritantes pour les muqueuses oculaire et respiratoire, l'opérateur n'entrera dans la pièce pour ouvrir les fenêtres qu'en se pinçant le nez et en se munissant de lunettes à rebords caoutchoutés. Pour hâter la désodorisation du local, on dispose sur le plancher des assiettes contenant de l'ammoniaque à raison de un demi-litre

par 100 mètres cubes, et on referme l'appartement pendant une heure ou deux.

Quand toutes les précautions sont bien prises, une chambre désinfectée le matin peut toujours être réhabitée le soir même.

* **

Rappelons en terminant que, si les vapeurs de formol ont un pouvoir désinfectant *de surface* incontestable, il n'en est pas de même de leur pouvoir de *pénétration* (voir *La Presse Médicale*, 1899, No 54, p. 4), et qu'il faut, par conséquent, continuer jusqu'à nouvel ordre à soumettre à la désinfection par la vapeur d'eau sous pression tous les objets susceptibles de subir cette opération sans se détériorer (matelas, literie, etc.).

ANALYSES (1)

MM. Lyonnet et Martel. D'une méthode simple et rapide pour pratiquer la numération des globules blancs chez l'homme.—La difficulté de la numération des globules blancs, malgré les nombreux procédés indiqués jusqu'ici a suggéré aux auteurs la méthode suivante, qui ne nécessite aucun appareil spécial autre que deux pipettes graduées, et qui est basée sur la propriété que possède l'acide acétique de faire disparaître les globules rouges, de telle sorte que l'on peut faire un mélange plus riche en sang et opérer sur un nombre considérable de globules blancs que l'on compte à l'aide de l'appareil Hayem-Nachet.

Deux pipettes graduées, semblables à celles des instruments employés pour compter les globules du sang, sont nécessaires; l'une destinée à recueillir le sang, porte *une* seule division; l'autre, destinée à recueillir le liquide qui doit être mêlé au sang, est graduée de telle sorte qu'elle renferme sept fois la quantité contenue dans la première.

On commence par remplir cette dernière d'un liquide composé d'acide acétique et d'eau dans la proportion de 6 pour 100, et l'on porte ce liquide dans un petit vase de verre. Puis, à l'aide de la première pipette, on recueille le sang nécessaire obtenu par

(1) *La Presse Médicale* 1899 Nos 82 page 224.

piqûre du doigt. Ce sang est alors déposé dans l'eau acidulée en ayant soin de faire le mélange.

L'acide acétique détruit rapidement les globules rouges, et l'on peut examiner au microscope.

On prélève une goutte de mélange que l'on porte sur la petite cellule au cinquième du compte globules de Hayem-Nachet. On place le couvre-objet, et l'on compte les globules renfermés dans le quadrillage projeté. On change plusieurs fois de place la cellule et l'on prend la moyenne.

Soit N le nombre de globules blancs ; pour connaître le nombre contenu dans un millimètre cube de sang, il suffit de multiplier ce nombre par 1.000. En effet :

La petite cellule de l'appareil Hayem-Nachet a une épaisseur de un cinquième de millimètre. Le carré projeté a aussi un cinquième de millimètre de côté. La quantité du mélange examiné répond donc à un cube de un cinqu ème de millimètre. Comme il y a 125 cubes semblables dans un millimètre cube. Pour avoir la quantité de globules blancs contenue dans un millimètre cube, il faut multiplier le nombre trouvé par 125. $N \times 125$.

Mais nous n'avons pas du sang, mais une dilution. Le mélange a été fait dans la proportion de une partie de sang pour sept d'eau acidulée, c'est-à-dire que ce mélange est au huitième. D'où la nécessité de multiplier par 8 le nombre des globules blancs déjà trouvés dans un millimètre cube du mélange : et l'on a :

$$\begin{array}{l} \text{Or.} \qquad \qquad \qquad N \times 125 \times 8. \\ \qquad \qquad \qquad 125 \times 8 = 1.000. \\ \text{D'où} \qquad \qquad \qquad N \times 1.000. \end{array}$$

On voit, qu'en faisant un mélange de sang et d'eau acidulée au huitième, en se servant de l'appareil Hayem-Nachet, pour voir le nombre les globules blancs contenus dans un millimètre cube de sang, il suffit de multiplier par 1.000 le nombre de globules blancs comptés dans le quadrillage de l'instrument.

V. Pauchet, Traitement des fibromes de l'utérus.—(Tout fibrome s'accompagnant d'un symptôme utérin quelconque (douleur, hémorragie, phénomène de compression) doit être opéré ; ce qui revient à dire en pratique " que tout fibrome reconnu doit être opéré." A l'appui de cette opinion, qui est, en somme, à quelques variantes près, l'opinion de la jeune école chirurgicale, V. Pauchet apporte les résultats de sa pratique personnelle. Il a eu l'occasion de voir 70 cas de fibromes utérins : il a refusé d'en

opérer trois. Dans un de ces trois cas, le fibrome se compliquait de la présence d'une phlébite des membres inférieurs, dans un autre cas de la présence d'un cancer secondaire, dans le troisième de la coexistence d'un diabète.

Soixante et un malade ont été opérées ; 3 par énucléation abdominale. 27 par hystérectomie vaginale, 31 par hystérectomie abdominale.

Les malades opérées par énucléation abdominale et par hystérectomie vaginale ont toutes guéri. Parmi les hystérectomies abdominales, les 15 premiers cas ont été opérés par un procédé simple, mais relativement lent (50 à 90 minutes) sans drainage vaginal ; il y eut une mort.

Les 16 dernières malades ont été opérées par le procédé de Doyen, mais avec drainage vaginal. Les interventions ont duré de vingt à quarante minutes et n'ont donné ni morts ni accidents post opératoires.

Quand au mode d'intervention, V. Pauchet, s'appuyant sur son expérience personnelle, admet que l'énucléation d'un fibrome, c'est-à-dire l'extirpation pure et simple de la tumeur sans enlever les organes génitaux internes, ne convient qu'à des cas exceptionnels : fibrome sous-péritonéal unique, polype utérin émergeant des lèvres du col ; la véritable intervention, c'est l'hystérectomie abdominale ou vaginale suivant les cas.

P. DESFOSSES.

Ettore Somma. Recherches expérimentales sur l'élimination du mercure par le lait de femme.—Le résultat de ces recherches, poursuivies à l'aide d'un procédé très sensible pour déceler le mercure (chlorate de potasse, hydrogène sulfuré), a été complètement négatif. Dans les 7 laits de femme étudiés, il n'y a pas eu la moindre trace de sulfure noir.

Le mercure était donné aux femmes en frictions ; l'auteur, pensant que les résultats négatifs tenaient peut-être à ce que le mercure était absorbé par la peau en trop petite quantité, ou que le mercure des frictions pouvait être éliminé autrement que par les glandes mammaires, essaya la voie hypodermique ; avec les injections de sublimé, le résultat fut également négatif, le mercure ne passait pas dans le lait.

M. Somma se croit donc autorisé à affirmer que l'administration des préparations mercurielles aux mères ou aux nourrices, dans le but de faire prendre aux enfants hérédosyphilitique le remède avec le lait, est un procédé thérapeutique de valeur nulle, le mercure ne s'éliminant pas avec le lait.

E. FEINDEL.

Nogûs. Résultats éloignés d'une résection de l'urètre.—Le malade est tombé, à l'âge de neuf ans, à califourchon sur le dossier d'un banc (1888). D'Août 1888 à janvier 1891, on lui fit une urétrotomie externe et trois urétrotomies internes. Le rétrécissement à chaque fois, récidivait.

Le 5 Août 1891, M. Guyon fait la résection de l'urètre avec suture des deux bouts ; réunion par première intention ; on pouvait passer le 44.

Le malade a été revu en Décembre 1898 ; son rétrécissement s'est reproduit ; mais, grâce à la restauration parfaite du canal par l'opération de M. Guyon, ce rétrécissement est très souple, et quelques séances de dilatation ont suffi pour rendre au canal sa perméabilité. La dilatation était impossible avant l'opération.

PAUL DELBRET.

Rolly. Diagnostic précoce de la rougeole.—L'auteur a recherché le signe de Koplick (exanthème buccal pré-éruptif, dans 78 cas de rougeole. Ce signe existait chez 24 enfants six heures à quatre jours avant l'éruption.

Chez ces 24 enfants on a trouvé, en outre, au premier jour de l'observation, 6 fois une conjonctivite légère, 8 fois de la bronchite plus ou moins grave, 2 fois de la rhinite, 5 fois de la gastro-entérite dont 2 avec vomissements.

L'exanthème buccal occupait, le plus souvent, la face interne des joues, à la hauteur des molaires, quelquefois la face postérieure des lèvres ; dans aucun cas, il n'existait sur le voile du palais, la voûte palatine ou la langue.

Les dimensions de ces taches étaient très variables ; au début, elles ne dépassaient ordinairement pas celles d'une tête d'épingle et, à ce moment, ces taches se présentaient sous forme de petits points arrondis, nettement délimités, légèrement saillants, de couleur bleuâtre, entourés d'une aréole rouge. Les jours suivants, ces points augmentaient le volume, devenaient plus saillants, les bords perdaient de leur netteté, tandis que l'aréole inflammatoire se dessinait davantage. Enfin, vers la fin, ces taches pâlissaient et disparaissaient sans trace de lésions de la muqueuse. Jamais ces taches ne devenaient confluentes. Leur nombre variait de six à vingt.

L'aspect de ces taches est tellement caractéristique que la confusion avec tout autre exanthème buccal n'est guère possible. Leur durée varie entre deux et six jours. Dans un cas seulement elles ont persisté pendant sept jours.

Les taches de Koplick ont fait défaut dans 11 cas de rou-

geole. Sur ces 11 enfants, 2 ont été vus vingt-quatre heures avant l'éruption, 1 pendant l'éruption ; les 8 autres ont été vus à de un après l'éruption ; chez quelques-uns d'entre eux, les taches de quatre jours Koplick ont pu déjà disparaître au moment de l'examen.

La recherche du signe de Koplick dans la scarlatine, la suette miliaire, la bronchite fébrile, la pneumonie, les angines la diphtérie, la stomatite aphteuse, les exanthèmes scarlatiniformes, etc., a constamment donné des résultats négatifs.

L'auteur en conclut que le signe de Koplick constitue un moyen précieux de diagnostic précoce de la rougeole.

R. ROMME.

Guyon. Technique de la lithotritie.—Cette opération comprend : les préparatifs immédiats, les manœuvres de broiement, les manœuvres d'évacuation, la vérification.

Préparatifs immédiats.—Il faut placer le malade sur une table ou sur un lit, mais toujours de manière à élever le siège, à le soutenir et à mettre le bassin en position décline. Les genoux doivent être légèrement fléchis, portés en dehors, les talons appuyés l'un contre l'autre.

La vessie est ensuite lavée avec une solution d'acide borique à 4 pour 100, jusqu'à ce que le liquide revienne clair. On commence alors l'anesthésie et on injecte dans la vessie 150 grammes de liquide, si le calcul est volumineux et la vessie tolérante ; 100 grammes suffisent si le calcul est petit.

Manœuvres de broiement.—Le lithotriteur doit être stérilisé à l'étuve sèche. Il faut avoir à sa disposition deux lithotriteurs à mors plats Nos. 1 et 2, deux lithotriteurs à bords fenêtrés No. 2, l'un à mors court, l'autre à mors long, enfin un lithotriteur fenêtré No 3. M. Guyon se sert presque exclusivement des mors courts.

Le lithotriteur doit être introduit comme une sonde dans la vessie et poussé immédiatement jusqu'au fond de celle-ci.

L'instrument est alors mis en position, c'est-à-dire que, maintenu exactement dans l'axe, il faut rapprocher le talon de la partie postéro-inférieure de la vessie et le mettre au contact de la paroi en lui laissant prendre l'inclination que commande la vessie. On ne doit jamais lutter contre la contraction vésicale.

Ouverture du lithotriteur. Le lithotriteur étant maintenu en place, la branche femelle touche le fond de l'organe ; on attire alors la branche mâle en avant et on l'amène au contact du col

qu'elle doit effleurer sans y appuyer. Plus tard, quand le broiement est commencé, pour saisir les fragments du calcul qui viennent se placer derrière le col, il faut procéder de la manière inverse en attirant à soi les lèvres du col. A la fin, pour saisir les fragments là où ils aiment à se réfugier, il existe une troisième méthode : ouverture avec refoulement de la paroi postérieure.

Le lithotriteur étant ouvert et placé, on peut déprimer le bas-fond en levant le manche de l'instrument, donner des secousses trépidantes au bassin et faire ainsi descendre la pierre entre les cuillers du lithotriteur. C'est la prise indirecte. Il vaut mieux faire la prise directe ; le lithotriteur étant placé, il suffit de l'incliner à droite, à gauche, ou directement en arrière, sans dévier de l'axe pour rencontrer la pierre. C'est la méthode de beaucoup la plus sûre.

Il faut chercher à saisir le calcul par le diamètre transversal, s'assurer ensuite par le toucher instrumental et par quelques mouvements de latéralité que la vessie n'est pas pincée ; on peut alors fixer la pierre en serrant l'érou.

La pierre est attaquée et broyée en serrant progressivement la vis, ou bien, si la vis ne suffit pas, il faut employer le marteau, mais en frappant à petits coups secs pour déterminer des modifications moléculaires du calcul. On continue, le calcul une fois éclaté, à broyer les fragments, et il est facile de porter ce broiement du premier coup jusqu'aux dernières limites, si l'on se sert du fenêtré à mors court.

Evacuation.—L'évacuation se fait :

1. Par les grands lavages avec le videur d'Heurteloup modifié par M. Guyon. C'est une sonde métallique à grand diamètre, à extrémité coudée ; par cette sonde, on introduit le liquide jusqu'à ce que la vessie soit en tension, rapidement pour produire dans la vessie des tourbillons qui soulèvent les calculs. On lève le doigt pour laisser sortir le liquide. On répète la manœuvre jusqu'à ce que le liquide soit clair ;

2. Par l'aspiration, qui se fait en adaptant l'aspirateur à la même sonde. M. Guyon a fait construire un aspirateur facilement stérilisable parce qu'il est sans soupape et dans lequel des dispositions spéciales empêchent le refoulement des fragments. On aspire dans les différents côtés de la vessie jusqu'à ce qu'il ne reste plus de fragments. Pendant l'aspiration, la vessie ne doit pas être trop distendue, et il ne faut pas provoquer de contractions. L'aspiration ne doit pas être faite qu'après un broiement parfait et après l'évacuation. Ces manœuvres ne peuvent être

régulièrement conduites que lorsqu'on connaît d'une façon approfondie les conditions physiques et physiologiques qui assurent l'extraction complète des fragments. M. Guyon les étudie longuement dans ses leçons.

Vérification.—On fait la vérification de la vessie en réintroduisant le lithotriteur à mors plat No 1 ou 2 et en explorant le diamètre transverse de la vessie.

On la complète avec l'aspirateur ; celui-ci, si l'évacuation a été incomplète, provoque le cliquetis des fragments ou leur apparition dans le récipient.

Difficultés de la lithotritie.—Elles peuvent tenir :

A des difficultés dans l'introduction des instruments : méat trop étroit, contraction des muscles du périnée, engravement du canal, rétrécissement de l'urètre, hypertrophie de la prostate ;

A des difficultés de broiement : pierre trop volumineuse ;

Aux déformations de la vessie : déformations anatomiques par hypertrophie de la prostate, déformations latérales, déformations physiologiques dues à des contractions partielles et irrégulières, qui peuvent rendre la lithotritie complète impossible en une séance et exposer au pincement de la vessie en enclavant le lithotriteur ;

Aux difficultés de l'évacuation dues à des fragments trop volumineux ou trop nombreux, à la mauvaise position primitive de l'évacuateur, à sa mauvaise position consécutive, au grand volume de la prostate, aux caillots de sang, et enfin aux contractions de la vessie.

Les causes de ces différents accidents, les moyens de les prévenir sont longuement et minutieusement étudiés, dans l'important travail de M. Guyon.

PAUL DELBET.

Pronostic et traitement chirurgical de l'hématurie.—M. Lavaux (de Paris). L'hématurie spontanée est une variété d'hémorragie très rarement mortelle. Les auteurs anciens et les auteurs modernes sont d'accord sur ce point. Les quelques faits, en apparence contradictoires, publiés dans ces dernières années, n'ont pas la valeur qu'on a voulu leur attribuer.

Le pronostic de l'hématurie dépend de sa cause

L'hématurie ne peut guère être invoquée comme indication opératoire que dans certains cas de tumeurs du rein ou de tumeurs pédiculées ou sessiles de la vessie. Dans les cas de cancer infiltré des parois vésicales, l'hématurie, si elle est convenablement traitée ne présente presque jamais de gravité.

Il n'est pas démontré que l'hématurie due à la tuberculose des voies urinaires puisse quelquefois nécessiter, seule, une intervention chirurgicale.

Toute intervention est formellement contre indiquée dans les cas d'hématurie dite essentielle.

On ne peut recourir à un traitement chirurgical rationnel de l'hématurie qu'après avoir fait un diagnostic complet et très précis.

Dans les cas d'hématurie due à une lésion de la vessie, des injections intra-vésicales pratiquées avec un liquide aseptique très chaud, une solution saturée d'acide borique, par exemple, peuvent rendre de réels services.

Du traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs.— M. A. Chipault (de Paris). Les résultats remarquables que j'obtiens depuis cinq années dans le mal perforant, par l'élongation des nerfs plantaires, m'ont engagé à proposer une intervention analogue dans une catégorie d'ulcérations. encore plus fréquentes et rebelles, dans les ulcères variqueux.

Ici comme là, l'intervention est basée sur la suractivité proliférante des tissus que détermine l'élongation nerveuse.

Le traitement des ulcères variqueux par cette intervention entièrement nouvelle comporte deux temps :

1. Un temps d'élongation nerveuse qui s'adresse au nerf sur le territoire duquel se trouve l'ulcère.

2. Un temps de traitement directe de l'ulcère qui se pratique de deux manières différentes :

Un procédé de nécessité, seul applicable aux ulcères très grands ou entourés de lésions dermo-épidermiques étendues, et qui consiste à le curetter à fond pour transformer la plaie fétide et scléreuse qu'il constitue en une surface cruentée aussi saine que possible.

Un procédé de choix, applicable aux ulcères moyens, et qui consiste, après désinfection, à les comprendre dans un long lambeau fusiforme de peau que l'on enlève, créant ainsi une perte de substance que l'on régène jusqu'à l'aponévrose, dont on hémostasie les bords à l'aide de nombreux catguts, et dont on rapproche au contact les lèvres verticales à l'aide de fils de soie cutanés transversaux. L'élasticité de la peau jambière est considérable, mais lente à se manifester ; après cinq minutes d'attente, on est surpris d'avoir pu clore, sans exagérer la tension, une plaie pour laquelle cette occlusion semblait tout d'abord impossible.

On réalise ainsi sous un seul pansement la réunion par première intention de l'ulcère.

En même temps on crée un véritable bas élastique de peau qui, agissant sur les varicels mêmes améliore les conditions de circulation du membre et s'oppose à la récédive du mal.

Il va de soi que, pendant le cours du traitement, le repos couché ou assis est nécessaire, la jambe étant maintenue haute, enveloppée dans le pansement qui englobe le pied et à l'action compressive graduée duquel on aura apporté tous ses soins.

J'ai appliqué cette méthode, avec un succès complet, dans cinq cas rebelles d'ulcère de jambe. Deux des guérisons datent de plus de deux ans ; aussi ai-je la conviction que l'élongation des nerfs est destinée à prendre, dans cette affection, la place du procédé de choix, peut-être même une place exclusive.

Sur la possibilité et les moyens de guérir les tumeurs blanches sans ankylose.—M. Calot (de Berck). En présence d'une tumeur blanche, le seul objectif du médecin, à l'heure actuelle, c'est d'éteindre le foyer tuberculeux.

Les uns poursuivent la destruction de ce foyer par la méthode sanglante dont le type est la résection.

Les autres préfèrent les méthodes conservatrices dont le type est l'immobilisation de la jointure, dans un appareil plâtré pendant un à deux ans ou même davantage.

Ces deux méthodes suppriment presque toujours le foyer tuberculeux, mais elles suppriment en même temps les fonctions de la jointure ; elles conduisent à l'ankylose (c'est-à-dire à une infirmité plus ou moins pénible.)

De ces résultats, les malades ne se contentent pas aussi facilement que les médecins, et puisque pour les médecins le traitement de la tumeur blanche doit conduire à l'ankylose, les malades s'éloignent d'eux pour s'en aller demander aux rebouteurs la conservation du fonctionnement des articulations.

Masseurs et rebouteurs mobilisent toujours, sans discernement et sans mesure, sans se préoccuper de l'évolution du foyer tuberculeux et amènent des désastres.

Et cependant, force nous est de reconnaître que, dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, ils ont conservé les mouvements à des jointures suspectes de tumeurs blanches, que les médecins voulaient immobiliser ; il s'agissait alors d'erreurs de diagnostic de la part du médecin, c'est-à-dire de maladies articulaires non tuberculeuses, entorse chronique, hydartrose chronique simple, manifestations rhumatismales qui guérissent en effet par la mobilisation et les massages.

Ils ont pu également assouplir des articulations abandonnées plus ou moins enraidies par un long traitement médical, lorsque la lésion tuberculeuse avait été déjà guérie par celui-ci.

C'est avec ces résultats, infiniment rares, qu'ils en imposent au public. Mais ces cas étant l'infime exception et les rebouteurs ayant amené somme toute infiniment plus de désastres que de guérisons, il faut rejeter en bloc leur manière de faire.

Tout en blâmant leur conduite et en mettant les parents en garde contre les dangers de ces manœuvres, faites sans méthode et sans diagnostic, nous devrions nous préoccuper davantage de conserver ou de rendre aux jointures atteintes de tumeurs blanches leur mobilité.

En un mot, nous devrions être plus difficiles sur la qualité des guérisons que nous obtenons.

Si nous avions cet objectif en même temps que celui de guérir le foyer tuberculeux, nous arriverions dans beaucoup de cas à des résultats orthopédiques très supérieurs à ceux que l'on obtient généralement.

De la mobilisation des ankyloses.—M. Calot (de Berck). L'on doit séparer les ankyloses d'origine tuberculeuse de celles qui succèdent à des affections articulaires non tuberculeuses.

Celles-ci sont de petites raideurs ou des ankyloses complètes.

Les petites raideurs se guérissent sans difficulté et sans danger par les mobilisations répétées, comme cela se pratique en bloc pour 20 malades à la fois dans les instituts Zander.

Les ankyloses complètes ne peuvent être mobilisées qu'autant qu'on a dans une intervention faite sous chloroforme amorcé tout d'abord le mouvement.

L'on court le danger de provoquer ainsi une inflammation violente de l'articulation traumatisée.

Mais ce danger, on peut le conjurer sûrement en immobilisant mathématiquement les deux leviers articulaires dans les jours qui succèdent à l'intervention. L'on ne commencera les exercices de mobilisation que lorsque la sensibilité et la fièvre auront complètement disparu.

S'il s'agit d'ankylose suite de tumeur blanche, à ce risque s'ajoute celui de réveiller la tuberculose, de provoquer un abcès froid.

Mais nous savons à l'heure actuelle guérir sûrement dans l'espace de quelques semaines par les injections modificatrices les abcès froids, accessibles.

Ce qui revient à dire : en brisant une ankylose pour le mobiliser, nous risquons une arthrite simple, s'il s'agit d'affections articulaires non tuberculeuses ; une arthrite avec abcès froid, s'il s'agit d'ankyloses suite de tumeur blanche.

Autre chose est répondre de son efficacité, c'est-à-dire du résultat définitif.

Nous ne parlons pas ici des petites raideurs, qui guérissent assez facilement, mais des ankyloses complètes.

Quoiqu'on fasse et pour bien faire les choses, il faut consacrer une heure par jour pendant plusieurs mois à son malade, en outre des exercices qu'il fera lui-même, quoi qu'on fasse, l'on n'a guère que 50 chances pour 100 d'arriver à une mobilisation vraiment utile de la jointure ankylosée (tout au moins à l'heure actuelle.)

Donc rien à perdre ; le pis qui puisse arriver, c'est de revenir à l'état antérieur ; et près de moitié de chances d'obtenir des mouvements utiles, 6 à 10 mois de traitement au minimum. Voilà comment la question doit être posée au malade, à qui je laisse toujours le soin et la responsabilité de la résoudre.

La Peste Bubonique et le Sérum Antipesteux

M. le prof. Calmette, directeur de l'institut Pasteur à Lille, a fait sur le traitement de la Peste par le Sérum antipesteux, une conférence du plus haut intérêt, à l'ouverture de la société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris.

On sait que M. le professeur Calmette était allé passer trois mois à Oporto, où sévissait une peste très meurtrière, dans le but d'étudier sur place, les différentes manifestations de la peste et les différents modes de contagion. Ce sont les résultats de ses observations que M. le professeur Calmette a exposés d'une manière magistrale dans cette conférence dont nous donnerons une courte analyse et quelques extraits.

Et d'abord, après avoir montré la marche envahissante de la maladie qui, partie de l'Extrême Orient est aujourd'hui aux portes mêmes de la France et menace l'Europe entière, il constate que les livres de médecine donnent fort peu de renseignements sur cette maladie, l'une des plus terribles, des plus menaçantes que l'on connaisse. "Est-ce à dire qu'il faut nous alarmer ? je ne le pense pas" dit le professeur Calmette. Pourquoi ? Le sérum est-là.

Déjà Yersin, après avoir découvert le microbe de la peste l'avait cultivé, en avait injecté des cultures à des chevaux qui avaient donné un sérum peu actif.

Celui que l'on possède aujourd'hui, est de beaucoup supérieur au premier. Ce n'est pas sans peine qu'on est arrivé à l'obtenir après des expériences qui durèrent trois années et qui eussent découragé tout autre expérimentateur que Roux.

On obtient aujourd'hui le sérum antipesteux par un procédé analogue à celui qui donne le sérum antidiphthérique. On arrive à faire supporter au cheval des doses fantastiques de toxine isolée des microbes, et aussi de corps microbiens tués par la chaleur.

C'est de ce sérum qu'était muni le professeur Calmette lorsqu'il partit pour Oporto en compagnie du docteur Salembéni.

Vient ensuite le récit très piquant de l'accueil hostile des médecins portugais très prévenus contre le sérum antipesteux par les allemands et, ne se fiant pas aux résultats obtenus à l'institut Pasteur, exigeant que les expériences fussent reprises sur des animaux et qu'on leur eut prouvé jusqu'à l'évidence que 1. le sérum était inoffensif et que 2. les animaux vaccinés : souris, rats et singes, résistaient facilement à des doses de cultures capables de tuer deux ou trois de leurs congénères et, bien plus, que des animaux inoculés et injectés douze heures après avec le sérum guérissaient alors que les animaux non vaccinés mouraient.

" Nous fîmes ensuite, dit le professeur Calmette, des expériences sur les singes au jardin zoologique d'Oporto. Nous vérifiâmes d'abord que les singes succombaient en 25 jours à l'inoculation par piqûre à la main. Or lorsque nous injectâmes au singe 2 centimètres cubes seulement de sérum, nous pouvions, 24 ou 48 hrs. après, inoculer la peste impunément."

" Dans ces conditions, les faits étaient si concluants que les médecins portugais nous virent avec satisfaction entreprendre des expériences à l'hôpital des pestiférés."

" La sérothérapie chez les singes ayant donné des effets si surprenants, nous fîmes d'autres expériences sur le lapin qui prend la pneumonie pesteuse par simple badigeonnage des narines avec un pinceau trempé dans une culture de peste. Si nous inoculions dans les veines un centimètre cube de sérum antipesteux 14 hrs. après ; l'animal restait indemne ; et cependant, on considérait jusqu'alors comme à peu près impossible de vacciner les animaux contre la pneumonie pesteuse, après infection. Ces expériences nous ont amené à tenter la sérothérapie antipesteuse chez l'homme et c'est ce dont je vais parler dans l'instant.

“ Les expériences de sérothérapie que nous fîmes sur l'homme, lorsque les médecins portugais voulurent bien nous y autoriser, furent très frappantes par leurs résultats favorables. Nous constatâmes que les injections de sérum antipesteux produisaient des effets qu'on pouvait suivre mathématiquement, non-seulement par les phénomènes cliniques, mais bactériologiquement au microscope.

“ Je vous ai dit que les malades présentaient souvent des phlyctènes remplies de microbes pesteux, que leur sang en renfermait aussi en quantité plus ou moins considérable, et que, lorsqu'il y en avait un grand nombre. Nousensemencions donc le sang des malades dans des tubes de culture, et nous constatons parfois jusqu'à 32 colonies dans une goutte de sang ; c'était donc un chiffre très élevé. Eh bien, lorsque nous injectons 40 centimètres cubes de sérum sous la peau du ventre, et que nousensemencions le sang le lendemain, nous ne trouvons plus que 2 colonies, Nous injectons de nouveau 40 centimètres cubes, et, le surlendemain, une nouvelle prise de sang ne donnait plus de microbes du tout.

“ Vous voyez que ce sont là des faits qui peuvent frapper les esprits de la façon la plus nette, la plus évidente : ils étaient, d'ailleurs, corroborés par les phénomènes cliniques observés. Ces faits cliniques étaient modifiés de la façon suivante : environ deux heures après l'injection, la température s'élevait de 39° à 39° 8, ou 40° ; au bout de douze à quinze heures au plus, elle commençait à descendre aux environs de 38°, puis restait là pendant à peu près toute une journée. Si l'on cessait les injections, la température remontait, alors que nous constatons, au contraire, que, chez les malades à qui nous injectons deux fois par jour de petites doses, la température restait en plateau.

“ Nous en concluons, avec juste raison, je crois, que pour traiter la peste, qui est une septicémie, c'est-à-dire une maladie dans laquelle le sang et le système lymphatique sont envahis, il ne faut pas se contenter d'injecter, comme dans la diphtérie ou le tétanos, une dose de sérum, mais plusieurs doses par jour ; il faut injecter à dose filée, maintenir le malade en état d'imprégnation et ne cesser que trois ou quatre jours après que la température est revenue à peu près à la normale.

“ Le sérum produit donc la phagocytose du microbe de la peste. Ai-je besoin d'expliquer ce que ce mot phagocytose signifie ? Comme quelques-uns de mes auditeurs peuvent ne pas très bien connaître ce fait très intéressant, mis en lumière par Metchnikoff, il est indispensable que je, l'explique sommairement.

“ Lorsqu'on introduit dans l'organisme des microbes capables de donner la mort, ils rencontrent des cellules de cet organisme, les globules blancs du sang, qui sont chargés de leur destruction ; mais, si les microbes sont très virulents, ce sont eux qui détruisent le globule blanc. Eh bien, dans la peste, ces globules blancs jouent un rôle immense.

‡ “ En étudiant les phlyctènes, nous constatons, qu'au début, elles sont remplies de microbes pesteux ; mais, quand nous avons traité par le sérum, elles se remplissent de globules blancs, et, au bout de quarante-huit heures, trois jours au plus, nous ne trouvons absolument que des microbes englobés dans des leucocytes. Ce sont ces leucocytes polynucléaires qui digèrent le microbe de la peste. Ils sont absolument bourrés de bacilles, quarante-huit heures après l'injection ; au contraire, avant le traitement, les leucocytes existent, quoique moins nombreux, mais les bacilles sont tous à l'extérieur de leucocytes.

“ En suivant ce phénomène, pas à pas, chez les malades, nous pouvions constater mathématiquement les effets du sérum, et nous avons ainsi vu que le sérum favorise la phagocytose, mais qu'il faut précisément, pour être efficace, donner constamment de petites doses : il faut absolument injecter de petites quantités de sérum, d'une façon continue.

* ** *

“ Devant les faits que nous avons ainsi observés expérimentalement et cliniquement, le scepticisme des médecins portugais tomba complètement, si bien, qu'ils nous laissèrent absolument maîtres de la situation ; c'est nous qui faisons la visite à l'hôpital, libres de diriger le traitement ; nous n'avons donc à cet égard que des remerciements à leurs adresser, car ils nous ont beaucoup aidés dans nos travaux par la grande liberté qu'ils nous ont donnée.”

Eufin, voilà le professeur Calmette, libre de traiter les malades. Quels seront les résultats ? Les suivants. D'abord avant son arrivée, la mortalité était de 43 5 pour cent, il traite alors 104 malades par le sérum, dont 14 meurent, donnant une mortalité de 13 pour 100.

“ D'autre part, si nous voulons être sévère sur la cause de la mort après le traitement, nous pouvons dire que nous connaissons l'histoire de 9 d'entre ces malades : il y en a 4 ou 5 qui sont entrés à l'hôpital moins de vingt-quatre heures avant la mort ; il y en a

un qui avait une méningite tuberculeuse et serait mort sans la peste ; il y avait une femme en couche qui avait la fièvre puerpérale, et que rien n'aurait probablement empêchée de mourir ; enfin, il y avait une méningite pesteuse : il avait des ulcérations de l'intestin perforées, il est évident qu'il était impossible absolument de le sauver.

“ En résumé, de tous ces cas que nous avons pu observer à Oporto, jusqu'à présent, il appert que le traitement par le sérum abaisse la mortalité à un taux très voisin du taux moyen de la mortalité par la diphtérie avec le traitement sérothérapique.”

“ Le traitement ne présente aucune difficulté d'application autre que celle que j'ai dite, c'est-à-dire la nécessité de donner le sérum plusieurs fois, constamment, jusqu'à la guérison complète. Bien entendu, il est tout à fait nécessaire d'intervenir le plus tôt possible, aussitôt qu'on a pu déterminer la présence du bacille pesteux dans le suc des ganglions ou dans les crachats s'il s'agit de pneumonie pesteuse.

Il est essentiel de bien savoir que le sérum antipesteux, pas plus d'ailleurs que les autres sérums, ne présente absolument aucune nocivité. On peut en injecter des doses considérables sans provoquer d'autre accident que les petits accidents d'urticaire qu'on observe même avec le sérum normal. Nous avons injecté 320 centimètres cubes à une femme qui était atteinte de pneumonie pesteuse ; elle a parfaitement guéri. A d'autres malade atteints de pneumonie pesteuse, nous avons injecté 20 centimètres cubes en une seule injection intra-veineuse. Bien entendu, cette technique est assez délicate, présente quelques difficultés ; il faut avoir grand soin de ne pas injecter de bulle d'air, etc., mais, en somme, l'opération n'est pas difficile.



“ Je suis bien convaincu aujourd'hui que le sérum antipesteux permet de guérir la peste ; les faits que j'ai signalés sont assez convaincants et précis, pour qu'il ne reste aucun doute dans votre esprit. Mais le sérum ne doit pas seulement servir à guérir les cas de peste confirmée, il doit surtout servir à prévenir la peste, car son efficacité comme moyen préventif est très considérable, bien plus évidente que l'efficacité thérapeutique. La démonstration du pouvoir préventif du sérum pesteux, je l'ai faite tout à l'heure, en racontant les expériences pratiquées devant la Commission internationale d'Oporto.

“ J’ai employé la vaccination préventive à Oporto et je l’ai généralisée le plus possible avec succès. J’ai vacciné, pour ma part, tous les employés du service de désinfection, tous les pompiers chargés de transporter les cadavres au cimetière les médecins attachés au service de la peste, les garçons du laboratoire qui manipulent constamment des cadavres pestueux ; nous nous sommes vaccinés nous-mêmes. Nous n’avons jamais observé d’accident ; je ne sais pas qu’un seul des assez nombreux individus vaccinés avec le sérum ait pris la peste.

“ On peut donc avoir confiance dans l’efficacité préventive du sérum antipesteux ; il ne présente aucun inconvénient. Il en a cependant un, celui de ne donner qu’une immunité très courte, qui ne dure pas plus de vingt jours ; d’où la nécessité de recommencer les injections tous les vingt jours. Aussi, a-t-on cherché s’il serait possible de découvrir un moyen de donner une immunité très comparable à celle que donne la maladie pesteuse elle-même, car la peste confère l’immunité, bien qu’on cite des cas de récurrence exceptionnels, un ou deux ans après une première atteinte. Jusqu’à présent, le problème est resté non résolu, sinon insoluble. Cependant, on a essayé de donner une immunité plus durable en se servant de cultures tuées par le chauffage à 70°, que nous employons pour vacciner nos chevaux destinés à la production du sérum.

“ Eh bien, les expériences de Haffkin aux Indes, généralisées à 100,000 personnes, à Bombay ont donné de bons résultats, semble-t-il ; il y a eu quelque cas de mort, mais c’est l’infime minorité.

“ Ce traitement présente cependant de graves inconvénients : il provoque de la douleur, de la lymphangite ; et puis, ces cultures chauffées sont un poison ; en les injectant à un individu déjà infecté, en période d’incubation mais ne ressentant pas les premiers symptômes de la peste, on peut déterminer la mort, alors que le même individu eût guéri peut être, s’il était atteint d’une peste bénigne. Nous avons donc considéré comme impossible de recommander l’emploi d’un pareil vaccin, du moins dans un foyer d’épidémie. Mais, nous pensons qu’on pourrait l’employer sans inconvénient dans les localités où il n’existe pas encore de cas de peste.

“ Nous avons alors proposé d’employer une méthode mixte consistant à injecter de très petites quantités de sérum avec des cultures de peste chauffées : les expériences faites sont bonnes, on supprime ainsi les accidents locaux causés par ces cultures.

Il est probable, d'ailleurs, que l'immunité est un peu plus durable qu'avec le sérum seul ; cependant, je ne m'appesantirai pas sur ces faits ; ils sont encore à l'étude."

Suivent les considérations d'ordre général et l'indication des moyens propres à prévenir l'importation de la peste dans un pays. Certes, ces remarques sont très intéressantes, mais elles regardent plutôt les autorités sanitaires du pays que le praticien, auquel s'adresse notre revue. Ce qu'il est surtout important de savoir pour ce dernier, c'est que la sérothérapie vient de faire une nouvelle preuve de son efficacité, démontrant ainsi qu'elle est la médecine de l'avenir, d'un avenir prochain.

Et je voudrais insister encore d'avantage sur cette cure "antimicrobienne" des maladies qui ne sauraient dès lors reconnaître d'autre cause que l'infection microbienne. Et cela, parceque, dans notre beau Canada comme à Oporto, il existe des praticiens renommés pour leur expérience et qui s'en vont chaque jour, répudiant les démonstrations (irréfutables pourtant) seulement parcequ'ils ne les ont pas vues de leurs yeux, aveugles qui ne veulent point voir, sourds qui refusent d'entendre.

Et voilà pourquoi je dis qu'il faut toujours commencer par une thérapeutique médicale la cure des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. Cette thérapeutique, c'est l'air, le soleil, la mer, le massage, l'exercice physique, l'huile de foie de morue, l'iode, l'arsenic, la glycérine, les phosphates, que sais-je encore ? Voici par exemple, entre bien d'autres, un exemple, très imparfait, sans nul doute, d'ordonnance médicale :

1. Se lever chaque matin d'assez bonne heure pour faire, avant de commencer son travail, une promenade à pied ou à bicyclette (allure très modérée, guidon très haut), d'au moins une heure.

2. Après cette promenade, prendre un tub froid et faire ensuite, sur tout le corps, une friction sèche avec un gant de crin ; déjeuner avec lait bouilli, pain œufs, beurre ;

2. Travailler dans une pièce exposée au soleil (bains de soleil) ; avoir soin de laisser la fenêtre toujours ouverte ou d'aérer la pièce le plus fréquemment possible ;

4. Courte promenade à pied avant et après déjeuner ;

5. Alimentation avec viandes bien cuites (rôties ou grillées), poissons, lait bouilli, œufs ; utiliser des féculés et des aliments gras quand ceux-ci sont bien supportés ;

6. Avant de dîner, si possible, nouvelle promenade d'au moins une heure à bicyclette ;

7. Coucher dans une chambre dont une fenêtre au moins sera ouverte jour et nuit, hiver comme été, mais s'y garer du froid et du courant d'air ;

8. Avant le coucher, faire sur tout le corps une friction à l'alcool après une séance d'exercices d'assouplissement des membres et du tronc (gymnastique suédoise) ;

9. Le matin, au lever, prendre, dans un quart de verre d'eau stérilisée, quatre goutte de ;

Liquueur de Fowler . . . 20 grammes

Etiquetez : *Poison*. Augmentez chaque jour d'une goutte jusqu'à concurrence de dix. Diminuer ensuite d'une goutte par jour jusqu'à quatre gouttes. Suspendre huit jours et recommencer ensuite de la même manière ;

10. Un quart d'heure avant chacun des deux principaux repas, prendre quatre cuillerée à potages de :

Huile de foie de morue 1 litre.

Chacune de ces prises sera suivie de l'ingestion, dans une cuillerée d'eau stérilisée, d'un cachet contenant :

Poudre de pepsine amylocée 25 centigr. (n° 20).

11. A la fin de chacun des deux principaux repas, prendre, dans une double quantité d'eau, un verre à liqueur du vin composé suivant :

Vin de Malaga	q. s. pour 1 litre
Glycérine neutre	50 grammes
Phosphate de soude	} à à 10 —
Phosphate de chaux	
Extrait mou de quinquina	15 —

12. Prendre, trois fois par semaine, un bain dans lequel on fera dissoudre :

Chlorure de sodium 1,000 grammes.

13. Habiter, dans la mesure du possible, la campagne. Passer une partie de l'été à Biarritz (Salins), à Salies-de-Béarn ou tout au moins sur une plage quelconque.

Bien entendu, vous pouvez varier à l'infini vos ordonnances suivant l'âge du malade, sa profession, sa fortune, la saison de l'année, etc.

Mais à tout cela quelques adénopathies restent réfractaires. Les unes se remolissent et sont alors justiciables du traitement

que je vous ai déjà indiqué ; les autres restent dures et n'évoluent ni vers la résolution, ni vers la suppuration ; que faut-il faire vis-à-vis de ces dernières ? Cela dépend. Ou bien les ganglions sont conglomérés et forment une véritable tumeur isolée, parfaitement délimitée ; il n'y a point alors d'hésitation possible, il faut opérer ; il faut d'autant plus opérer qu'on est souvent pressé par le malade, las, enfin, de porter une lésion défigurante qui le trouble dans l'exercice de sa vie sociale. Ou bien, au contraire, l'adénopathie, au lieu de se cantonner, s'infiltré sur toute l'étendue d'une ou de plusieurs chaînes ganglionnaires ; je crois qu'en pareil cas, le mieux est d'attendre et de continuer le traitement médical, sauf, si cela devient nécessaire ou utile, à extirper, en attendant, tel groupe ganglionnaire qui menacerait d'être trop gênant. Un jour ou l'autre, il faudra bien que l'adénite prenne un parti : qu'elle rétrocede, auquel cas l'abstention aura été une heureuse chose, ou bien qu'elle soit frappée de nécrobiose et de suppuration ; c'est alors que vous la traiterez selon la méthode que je vous ai enseignée.

Je me résume : Toute adénite tuberculeuse ou soupçonnée tuberculeuse de la région cervicale, à quelque période qu'elle soit arrivée de son évolution, commande, avant toutes choses, la mise en œuvre d'un traitement médical sévère dont l'importance est toujours considérable. Tant que cette adénite n'est ni ramollie ni suppurée, il ne faut opérer que le jour où l'on peut, après un ou plusieurs mois, déclarer ce traitement médical franchement inefficace ; on pratique alors l'ablation de la tumeur ganglionnaire. Les adénopathies ramollies nécessitent l'intervention chirurgicale hâtive ; il faut inciser le foyer et en pratiquer le curetage ; les injections interstitielles sont cependant quelquefois indiquées ; mais elles ne constituent qu'un pis aller.

La cocaïne dans les vomissements de la grossesse

Zvomiskow rapporte dans le No 15 de la *Vratch* 1899, 87 observations de vomissements de la grossesse dans lesquels il aurait employé avec le plus grand succès, les applications de cocaïne dans le col utérin. Il imbibe de petits tampons de coton hydrophile dans une solution à 20 pour cent de mur. de cocaïne, qu'il insère dans col de l'utérus et qu'il laisse en place durant trois minutes. Une seule application réussit souvent à arrêter les vomissements les plus violents, et jamais il n'a été forcé d'en faire plus de trois.

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale

(DU 23 AU 28 JUILLET 1900)

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous informer que, conformément à un arrêté ministériel, en date du 11 juin 1898, il est institué, au cours de l'Exposition universelle de 1900, un *Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale*, qui se tiendra à Paris du lundi 23 juillet au samedi 28 juillet 1900 inclus.

Par arrêté du 18 décembre 1898, M. le Commissaire général de l'Exposition universelle en a nommé la Commission d'organisation.

Au nom de cette Commission, nous vous invitons à prendre part à ce Congrès, dans lequel doivent être discutées un grand nombre de questions concernant l'exercice de la profession médicale, les rapports des médecins entre eux, ainsi qu'avec les pouvoirs publics et les collectivités.

Le Congrès international de médecine professionnelle est entièrement indépendant du Congrès international de médecine. La nature particulière des questions médicales d'ordre professionnel qui y seront seulement étudiées et discutées fait qu'il a été décidé que ce Congrès ne pouvait former section du Congrès de médecine, dans lequel seront présentés des travaux d'ordre purement scientifique. Beaucoup de médecins s'intéressant aussi bien à l'évolution des sciences médicales qu'à l'étude des questions de médecine professionnelle, il a été convenu que les deux Congrès auraient lieu immédiatement l'un après l'autre. Le Congrès de médecine professionnelle se tiendra avant le Congrès de médecine. De cette façon, les médecins restant quinze jours à Paris pourront assister aux deux Congrès.

Vous trouverez, jointes à cette lettre, la liste des questions qui feront l'objet de quelques-uns des rapports imprimés et distribués d'avance, une liste des questions proposées pour être plus spécialement traitées, et sur lesquelles la Commission, comptant sur votre concours, désire provoquer des communications.

Ces différents documents vous démontreront, nous en avons l'espérance, l'intérêt que pourra présenter pour toute la corporation médicale un Congrès international de médecine professionnelle.

Les membres du Congrès, pour lequel nous vous demandons votre adhésion, participeront aux avantages accordés à tous ceux qui seront délégués par les Académies et Sociétés savantes ou qui auront été individuellement admis à prendre part au Congrès officiel.

La Commission s'est efforcée de faciliter aux congressistes français et étrangers les moyens de prendre part à la réunion de Paris, notamment en sollicitant des réductions de prix pour le parcours sur les chemins de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaire à cet égard, ainsi que le programme complété des travaux du Congrès et celui des réceptions, sera envoyée aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Nous vous prions, dès lors, Monsieur et très honoré Confrère, de bien vouloir signer et renvoyer le plus rapidement possible et de toutes façons, avant le 1er juillet 1900, au trésorier du Congrès, le bulletin d'adhésion ci-joint.

Cette adhésion ne sera définitivement valable qu'après versement de la cotisation de quinze francs, pour les membres titulaires, ou dix francs pour les membres participants.

En vue de mieux faire connaître la prochaine ouverture du Congrès international de médecine professionnelle, nous prions instamment ceux de nos confrères qui dirigent un journal de médecine et qui font partie d'un syndicat ou d'une société médicale de bien vouloir donner toute la publicité possible à cette circulaire et aux documents qu'elle contient. Nous serions infiniment reconnaissants à MM. les Directeurs de journaux de médecine de bien vouloir insérer cette circulaire et recommander à l'attention du corps médical une œuvre qui intéresse tous les médecins praticiens.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le Secrétaire général,
JULES GLOVER.

Le Président,
L. LEREBoullet.

ADHÉRIION AU CONGRÈS.

Pour adhérer au Congrès, prière de remplir le bulletin ci-joint, d'y ajouter sa carte de visite, et de l'envoyer, sous enveloppe fermée et affranchie, à l'adresse : M. P. Masson, éditeur, libraire de l'Académie de médecine, trésorier du Congrès, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Tout membre du Congrès, désireux de se faire inscrire pour une communication ou prendre part à la discussion de l'un des rapports proposés, devra répondre au questionnaire ci-joint et l'adresser, en même temps que la cotisation, au trésorier du Congrès.

EXTRAITS DU RÈGLEMENT DU CONGRÈS.

ART. 3. Seront *membres titulaires* du Congrès les médecins qui auront adressé leur adhésion au trésorier avant l'ouverture de la session, ou qui se feront inscrire pendant la durée de celle-ci et qui auront acquitté la cotisation dont le montant est à quinze francs. Seront admis aussi comme membres titulaires et des Syndicats médicaux et des Sociétés de médecine.

Les *membres titulaires* du Congrès auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Outre les membres titulaires, pourront faire partie du Congrès à titre de *membres participants* : les femmes de congressistes et les étudiants en médecine.

Ces membres participants payeront une cotisation de dix francs.

Les membres du Congrès ont seuls le droit d'assister aux séances, qui ne sont pas publiques. Les membres de la Presse recevront sur leur demande une carte d'entrée personnelle.

ART. 4. Les membres du Congrès recevront une carte (carte de membre titulaire ou carte de membre participant) qui lui sera délivrée par les soins de la Commission d'organisation.

Ces cartes sont strictement personnelles.

Toute carte prêtée sera immédiatement retirée.

Outre leur carte, les adhérents au Congrès recevront un exemplaire du Règlement du Congrès. Un programme définitif sera distribué aux congressistes avant l'ouverture des travaux.

Les cartes d'adhérent au Congrès donnent droit à un exemplaire des rapports imprimés d'avance qui seront distribués avant

l'ouverture des travaux, et à un exemplaire des comptes rendus du Congrès.

ART. 9. Les travaux présentés au Congrès sont de deux ordres : des *rappports* imprimés et distribués à l'avance et des *communications*. Les rapports seront imprimés en français ; les communications pourront être faites en français, en allemand ou en anglais.

ART. 10. Aucun travail ne peut être présenté en séance, ni servir de point de départ à une discussion, si l'auteur n'a communiqué d'avance à la Commission d'organisation le manuscrit des rapports avant le 1er janvier 1900, et le résumé ou les conclusions des communications avant le 1er juillet 1900. Les adhérents au Congrès sont priés d'observer ces délais, afin de laisser à la commission le temps d'imprimer les rapports et celui d'examiner et de classer les communications. Passé ces délais, l'insertion des communications au programme définitif risquerait de ne pas être faite à temps ; l'exposé et la discussion des communications ne pas avoir lieu.

ART. 11. Les orateurs ne pourront occuper la tribune pendant plus de quinze minutes, ni parler plus de deux fois dans la même séance sur le même sujet, à moins que l'assemblée consultée n'en décide autrement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOTRE FACULTÉ DE MÉDECINE

On m'a remis hier un exemplaire du rapport officiel de M. l'abbé Bourassa, secrétaire de l'Université Laval à Montréal.

Je l'ai lu en entier avec beaucoup de plaisir et la partie consacrée à la faculté de médecine, m'a surtout causé une vive satisfaction.

On sent dans tout ce rapport un esprit patriotique et progressiste qu'il fait bon de rencontrer par ces temps de veulerie générale et d'ambition anglaise demesurée.

M. l'abbé Bourassa voit clair et juste. Il découvre sans hésiter le point faible de la plus importante de nos institutions na-

tionales et il ne craint pas de mettre le doigt sur la plaie, dans sa préface même, et il le craint d'autant moins qu'il indique le remède à employer, le remède qu'on a déjà commencé de mettre en œuvre et grâce auquel notre université saura maintenir haut et ferme l'étendard de notre enseignement national français. Et si la hampe en est moins dorée, si l'étoffe en est moins riche : peu importe. Il suffit que la hampe soit solide et l'étoffe durable.

Mais je m'arrête.

Mieux vaut mettre sous les yeux de mes lecteurs la préface et quelques extraits du Rapport en question.

Notre pensée en mettant en brochure ce rapport officiel, déjà livré à la publicité de la presse, est de l'offrir à la lecture plus attentive et plus sympathique d'un certain nombre de lecteurs de choix.

Ces pages, consacrées à la revue sommaire des travaux d'une année académique, peuvent être suggestives pour tous ceux — et leur nombre ne sera jamais trop grand — qui s'intéressent à l'éducation supérieure de la jeunesse catholique, et surtout française, de notre province.

Elles leur permettront de constater, en une certaine mesure, que nous faisons des efforts sérieux dans le sens du progrès des études professionnelles, scientifiques et littéraires. Si nous ne réalisons pas plus rapidement les développements et les améliorations que réclame une institution du caractère de la nôtre, c'est, en grande partie, faute de ressources matérielles, faute aussi, sachons le dire, des concours effectifs qui pourraient nous les assurer.

Il y a peut-être là, pour des catholiques et des patriotes éclairés, l'objet d'une réflexion sérieuse et pratique.

L'œuvre de l'enseignement supérieure est une des plus importantes et des plus élevées que puissent solliciter l'intérêt de quiconque se préoccupe de la supériorité intellectuelle et même matérielle d'une nation. Il semble que cette vérité se passe de démonstration, dans une ville où nos compatriotes d'origine anglaise s'efforcent constamment d'assurer à une institution déjà renommée une force et un éclat qui leur apparaissent à bon droit comme un élément essentiel de leur prestige et de leur cohésion sociale.

Cet exemple, pris tout près de nous, devrait être, ce nous semble, un puissant aiguillon pour le zèle des esprits élevés qui se soucient de maintenir à l'élément catholique et français la place qu'il doit avoir à cœur d'occuper dans l'unité nationale.

Leur rappeler, en leur parlant de notre jeune université, qu'elle est destinée à être un puissant facteur de l'édification nationale, — le plus puissant, sans conteste, si l'on se fait une idée exacte de son caractère et de sa mission, — ce n'est pas, croyons-nous, être égoïstes ou indiscrets ; mais c'est, en nous adressant à leur foi et à leur patriotisme, faire acte nous-mêmes de croyants sincères et de bons patriotes.

Montréal, octobre 1899.

* **

Dans la faculté de médecine, notre éminent doyen, M. le docteur Rottot, ayant cédé sa clinique de pathologie interne à M. le docteur Demers, celui-ci a dû demander à la faculté un suppléant au cours théorique correspondant qu'il donnait à l'université. Le choix unanime de ses collègues a désigné M. le docteur Benoit, que recommandaient à la fois un talent sérieux, un esprit et des habitudes studieuses, exercés à la collaboration assidue d'une de nos meilleures publications médicales, et des aptitudes professorales, démontrées par un enseignement de quelques années dans notre école de médecine comparée.

M. le docteur Merrill, de son côté, avait d'excellents états de service par plusieurs années de soins intelligents auprès des malades de l'Hôtel-Dieu. La faculté a voulu les reconnaître et s'assurer d'une façon permanente un concours si précieux. Elle s'est agrégé ce collaborateur éprouvé et lui a conféré le titre d'ad-joint à la clinique de pathologie externe à l'hôpital.

Ces nominations, venant après celles des années précédentes et en présageant d'autres pour un prochain avenir, révèlent chez notre faculté de médecine un souci sincère d'ouvrir ses cadres aux jeunes praticiens qu'un vif amour de la science et des études spéciales, souvent poursuivies au prix de grands sacrifices personnels, semblent appeler, à leur tour, à faire part à ses élèves du fruit de leurs laborieuses recherches.

Déjà, nous pouvons constater dans le voisinage immédiat de la faculté, à l'ombre même de son hospitalité, l'heureuse expansion de cet amour de l'étude et la persévérance du travail entrepris sous ses auspices. Un groupe de jeunes médecins, auquel se sont mêlés plusieurs de nos professeurs, se réunit réguliè- re-

ment, chaque semaine, au laboratoire d'histologie, pour y poursuivre des études de microscope et y entendre la lecture de travaux préparés par les uns ou les autres sur différents points de science médicale.

En ouvrant ainsi toutes grandes les portes de leur enceinte à leurs confrères du dehors, pour des travaux et des études communes, nos professeurs mettent en même temps leurs bibliothèques au service de leurs recherches et de leurs études individuelles.

La faculté de médecine met à son tour à la disposition de la profession médicale ses trois mille volumes et ses cent vingt-cinq périodiques. Elle a reçu, cette année, de plusieurs de ses professeurs et d'amis de son enseignement, des dons de livres dont nous ne pouvons nommer, en les remerciant, les auteurs. Mais nous ne saurions passer sous silence celui de plus de cent volumes de chirurgie, provenant de la bibliothèque de feu le Dr Leman, et la collection complète de la *Revue rose* et de la *Revue bleue*, de Paris, l'une scientifique et l'autre littéraire et politique, que lui a gracieusement envoyées M. Richet, professeur à la faculté de Paris, en souvenir de sa réception à l'Université.

Nous souhaitons que tous les visiteurs distingués, du monde savant ou officiel de l'Europe, nous donnent de leur passage un souvenir aussi durable ; et nous ne saurions trop remercier d'avance M. Herbet de intentions généreuses dont son grand cœur et son amitié éprouvée pour notre pays — et très particulièrement pour notre colonie médicale de Paris, — sont la garantie, après la joie patriotique et les paroles vibrantes par lesquelles il a bien voulu répondre à notre accueil de bienvenue.

Non moins appréciable qu'un don, et infiniment précieux pour les études médicales, doit être considéré l'acte bienveillant du Collège des médecins et des chirurgiens de la Province, qui veut bien déposer dans notre bibliothèque médicale près de deux cents volumes spéciaux qui lui appartiennent et la collection des nombreuses thèses soutenues, au cours des trois années dernières, devant la faculté de Paris.

Ces richesses *livresques* ne sont pas les seules qu'ait acquises, au cours de l'année, cette faculté aussi multiple dans ses besoins que dans ses opérations. Peu à peu, grâce au zèle de ses professeurs et la libéralité éclairée d'amis généreux, elle complète l'installation et l'outillage de ses laboratoires et en crée même de nouveaux. A côté des départements de la chimie et de l'histologie, qui se sont enrichis de microscopes et de nouveaux appareils, M. le docteur Foucher installe en ce moment un laboratoire d'électri-

cité médicale, qui sera en même temps un cabinet de physique médico-chirurgicale et un élément tout constitué d'un cours de physiologie expérimentale, dont les exigences de l'enseignement moderne imposeront tôt ou tard la création.

C'est justice de dire que M. Jean-Baptiste Larue doit être considéré comme le fondateur de ce laboratoire. Exécuteur testamentaire de feu M. Prisque Gravel, il a cru interpréter les dernières volontés que ce citoyen généreux avait exprimées en faveur de nos institutions publiques, en appliquant plus de six cents dollars de ce legs à l'achat des principaux instruments de ce laboratoire, entre lesquels nous apprécions surtout un appareil complet pour les rayons X, dont une faculté bien outillée ne saurait se passer, et un résonateur de Houdin, d'une utilisation ingénieuse pour les applications délicates de la thérapeutique électrique, et le seul du genre qui soit encore à Montréal.

Au-dessus du nouveau laboratoire d'électricité médicale, le musée d'anatomie pathologique étale déjà l'imposante collection de ses trois cents spécimens, recueillis par la chirurgie opératoire ou l'autopsie sur des sujets d'hôpitaux. Leur variété croissante permettra de plus en plus aux futurs médecins de préciser l'étude des affections morbides et de leur traitement, par la constatation visuelle des lésions organiques qui les provoquent et les développent, se conformant en cela à la méthode sûre des sciences expérimentales, en dehors de laquelle on est condamné à des hypothèses plus ou moins chimériques et à des tâtonnements qui aboutissent trop souvent à un désastreux insuccès.

* **

La création et le développement des laboratoires ne sont pas limités à l'enceinte de notre maison. Ils se sont étendus à l'Hôtel-Dieu qui, imitant à cet égard l'hôpital Notre-Dame, organise en ce moment son laboratoire d'anatomie pathologique et de microbiologie. A l'Hôtel-Dieu encore, comme à l'Hôpital Notre-Dame, l'instruction technique des infirmières et des garde-malades vient d'être instituée officiellement. Il convient de louer hautement de leur initiative intelligente les médecins éclairés qui ont sollicité cette heuseuse innovation, et de remercier de sa toute puissante intervention, l'Archevêque, qui n'a pas voulu priver les plus dévouées infirmières qui puissent être au monde d'un complément de formation dont on aurait été tenté d'attribuer le monopole aux établissements similaires d'une autre langue et d'une autre nationalité.

Les hôpitaux sont comme les annexes et les champs d'opération de notre faculté de médecine. *L'élève y apprend souvent en une ou deux cliniques plus ou mieux qu'en dix leçons théoriques.* C'est le véritable atelier de son art, le champ de manœuvre où il apprend la tactique et le maniement des armes qui lui livreront les mouvements et les points faibles du terrible ennemi qu'il aura à combattre tous les jours de sa noble carrière. Le progrès de nos hôpitaux et de leur enseignement théorique. Favoriser ce progrès, c'est donner des gages sérieux à ceux qui désirent sa supériorité définitive.

Associer à l'enseignement clinique, qui appartient légitimement à la direction de la faculté, des jeunes médecins que recommandent leur talent et leur amour de l'étude et du travail, c'est assurer le recrutement normal de la faculté par une sorte de concours pratique et permanent, où la compétence et le succès ont tout loisir de s'imposer à l'attention et à l'estime de ceux qui désirent les sanctionner et les couronner par une reconnaissance officielle.

Nous ne saurions donc témoigner trop de sympathie et de gratitude aux auxiliaires dévoués — pathologistes, internes, chefs de services et de dispensaires, — qui partagent les travaux et secondent l'initiative de nos professeurs et de nos chirurgiens. Avec le concours de leur savoir, de leur expérience et de leur zèle, il n'est point de réforme ni d'amélioration qu'on ne puisse espérer pouvoir introduire dans un système complexe, où le temps, la patience et la bonne entente sont des éléments aussi essentiels que le savoir, le talent et le travail.

C'est la résultante de ces vœux éclairés et de ces persévérants efforts dans le sens du progrès et du développement médical, qui a donné naissance, au sein d'un groupe important de la profession, au projet de doter certaines chaires, d'une utilité plus actuelle, et d'assurer par là à leurs titulaires une rétribution qui, en les dégageant des exigences absorbantes de l'exercice professionnel, leur permette de consacrer tout leur travail et tout leur temps aux devoirs élevés et difficiles de l'enseignement, donnant en même temps, par une extension de leurs leçons, un enseignement plus développé aux jeunes médecins récemment sortis de l'école et obligés d'aller chercher à l'étranger le bienfait d'une instruction complémentaire. Ce projet a été favorisé des plus hautes approbations et de l'adhésion empressée et pratique d'un grand nombre de médecins. Nous lui souhaitons le succès qu'il mérite et dont la réalisation, espérons-le, n'est plus qu'une question de temps et de personne.

Enfin M. l'abbé Bourassa annonce "d'autres nominations devant suivre dans un avenir très prochain." On en donna la liste complète à la fin de l'article, sans remarques, considérations ni critiques.

Me bornant à apprécier le fait, en lui-même, je dirai que c'est une excellente mesure, celle qui permet de grouper autour de l'université les jeunes énergies canadiennes-françaises, en les encourageant officiellement à se dévouer à l'œuvre de l'enseignement médical.

A. DE M.

Ont été nommés agrégés :

Dr L. J. V. Cléroux, médecin visiteur de l'Hôtel-Dieu, assistant à la clinique interne.

Dr A. R. Marsolais, assistant à la clinique interne.

Dr J. David Gauthier, assistant à la clinique interne.

Dr de L. Harwood, assistant à la clinique de gynécologie.

Dr I. Cormier, assistant à la clinique de pédiatrie.

Dr C. N. Valin, assistant à la clinique de dermatologie.

Dr J. Edmond Dubé, assistant à la clinique interne.

Dr R. Hébert, assistant à la clinique interne.

Dr Albert Lesage, assistant à la clinique interne.

Dr E. P. Chagnon, assistant à la clinique de neurologie.

Dr H. M. Duhamel, assistant à la clinique d'ophtalmologie.

Dr A. Ethier, assistant à la clinique interne.

Dr A. Roberge, assistant à la clinique interne.

Dr A. Bernier, démonstrateur de bactériologie et d'anatomie pathologique.

Dr S. Boucher, démonstrateur d'histologie.

M. le Dr N. Delorme est nommé professeur adjoint d'anatomie pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques d'Anatomie descriptive à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr Boutigny, ancien interne des hôpitaux, 2 vol. gr. in-8 de 200 pages chacun, cartonnés (*Collection Villeroy*.) Librairie J.-B. Baillièrre et Fils 10, rue Haute-feuille à Paris, 10 fr.

1. Os. Articulations. Muscles et aponévroses. Cœur, artères, veines. Vaisseaux et ganglions lymphatiques, 5 fr.

2. Organe des sens. Système nerveux, Viscères, 5 f.

L'étude de l'anatomie est la base même de la médecine, ce qui légitime le travail de deux années consacrées à cette branche au début des études médicales. Son enseignement est avant tout un enseignement *pratique*, mais ce qui fait que les étudiants manquent en général leurs préparations, c'est qu'ils vont au hasard du scalpel, sans connaître la région qu'ils étudient ni les organes qu'ils rencontrent.

Il est donc de toute nécessité, s'ils veulent profiter, d'apprendre, chez eux, avant chaque séance, la partie du corps qu'ils dissèquent ; malheureusement, les livres classiques sont pour les débutants beaucoup trop complets ; ils peuvent même rebuter certaines intelligences avides de s'instruire.

Or, s'il est une branche des Sciences médicales susceptible de se plier aux exigences de *Tableaux synoptiques*, c'est assurément l'étude de l'Anatomie, une des sciences biologiques, qui, par sa constance et son uniformité, se rapproche le plus des sciences abstraites, facilement schématisables. Il est donc permis de compter sur ce caractère de simplicité relative pour en donner une idée d'ensemble.

Ces tableaux n'ont pas d'autre but que d'aider le travail des élèves, en leur rappelant, à propos de chaque organe, son origine, sa direction, sa terminaison, ses connexions, etc. Ils serviront surtout aux *Candidats à l'externat des hôpitaux* qui trouveront, dans ce volume, la plupart des questions qui leur sont demandées.

Cette idée de mettre la *Médecine en Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès : les premiers volumes, publiés il y a un an à peine, en sont déjà à leur 2^{ème} édition. La collection Ville-roy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologiques internes*, de *Pathologie externe* de *Thérapeutique*, de *Pathologie générale* et de *Diagnostic*, d'*Anatomie* (2 vol.) de *Médecine opératoire*, d'*Obstétrique* et d'*Hygiène*. (Chaque volume comprenant 200 pages : cartonné, 5 fr.)

Il y a exactement cent ans que l'immortel Jenner fit connaître la valeur de la vaccine. Le Dr Jenner mourut en 1823.

Le Dr Sheard, officier de santé de Toronto, dit dans un rapport publié dans le cours de l'année dernière, que 20 pour 100 des décès chez les indiens, sont causés par la phthisie pulmonaire.

NOTES DIVERSES

On dit que la peste continue à Oporto, sans aucun changement.

Il y a actuellement un grand nombre de cas de fièvre typhoïde à Boston.

Une épidémie d'antrax chez les animaux vient de se déclarer dans le comté de Chester, Pa.

L'inspecteur du bureau de santé du Mississipi a découvert dit-on quelques cas de beriberi. •

Feu le Dr James E. Graham de Toronto a été le premier médecin qui ait observé et rapporté des cas d'acromégalie en Amérique.

On rapporte qu'il y a 28 cas de fièvre jaune à Key West depuis le 5 septembre dernier, dont trois seulement se sont terminés fatalement.

Le gouvernement de Cuba a fait planter un grand nombre d'eucalyptus dans les districts les plus malsains de l'île, dans l'espoir d'assainir le pays.

Le Sultan de Turquie a chargé le Dr Marie de l'Institut Pasteur de diriger le service bactériologique de Constantinople.

Le comité de santé de France, vient de prendre des mesures pour éviter la transmission de la peste par les rats et les souris provenant des navires.

Le Dr Benjamin Brodie, un des chirurgiens les plus célèbres de l'Angleterre, est le premier qui ait entrepris d'enseigner la chirurgie cliniquement au lit du malade.

On rapporte un curieux cas d'empoisonnement du sang qui s'est manifesté à Londres. Une vieille femme en tombant s'était légèrement écorché le poignet. Elle recouvrit cette légère blessure avec de petites bandes de papier qui entoure les timbres-poste. Bientôt après ce pansement des symptômes indiquèrent que la septisémie s'était déclarée et la femme mourut soixante heures après l'accident.