

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBE,

M. A. LeSAGE,

MM. L. de L. HARWOOD,
A. MARIEN.

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

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à M. T. VALIQUETTE, 2734
Christophe-Colomb ou Boîte Postale No 3026. Téléphone St. Louis 1767.

Vol. XLVII

DECEMBRE 1918

No 12

Considérations cliniques de la grippe de 1918 (1)

par E. P. Benoit

Professeur de clinique médicale, médecin chef de service à l'hôpital
Notre Dame

L'épidémie de grippe ou d'influenza que nous venons de subir s'est distinguée des précédentes non pas tant par son étendue, pourtant remarquable, que par l'intensité de ses symptômes et l'extrême gravité de ses complications, surtout de ses complications pulmonaires. Les personnes atteintes l'ont été, pour la plupart, d'une façon sérieuse; beaucoup ont succombé rapidement à de brusques complications, le plus souvent thoraciques. La statistique nous donne à l'heure qu'il est, en chiffres ronds, 30,000 cas et 3,000 décès pour la ville de Montréal, et pour toute la province de Québec plus de 460,000 cas et 13,000 décès, soit une mortalité générale de 2 p. 100, et pour Montréal, de 10 p. 100. C'est l'épidémie la plus sérieuse qui nous ait encore visités.

La profession médicale, durant cette période de grande fatigue et de grande responsabilité, s'est montrée à la hauteur de sa tâche. Les médecins qui ont fui leur poste, pendant l'épidémie, ne sont pas nombreux; plus de vingt-cinq d'entre nous, et quelques uns des meilleurs, ont payé de leur vie leur travail, et leur dévouement. Tous, nous avons réalisé que se dressait devant nous un adversaire des plus robustes et des plus déterminés, contre lequel toutes les ressources de la thérapeutique ne réussissaient qu'à force de décision et de persévérance.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de Nov. 1918.

Et combien souvent, malgré tous nos efforts, n'avons nous pas vu nous échapper brusquement des cas que nous espérions sauver!

L'expérience est une chose qu'on acquiert à ses dépens et qui sert la prochaine fois. Encore faut-il, pour qu'elle serve, qu'on ait su en tirer la leçon qu'elle contient. Nous avons tout intérêt, après cette grave épidémie, à résumer notre récente expérience de la grippe, à analyser ce que nous avons vu et vécu, afin d'en tirer les indications nécessaires. Permettez-moi donc de vous donner les considérations cliniques de la grippe de 1918, telles que me les suggère mon expérience personnelle durant l'épidémie d'octobre et novembre derniers. Je diviserai ces considérations en trois groupes, laissant de côté toute question d'hygiène et de prophylaxie: 1° la nature de la grippe; 2° la nature de ses complications pulmonaires; 3° les principes généraux du traitement et son application.

I.—LA NATURE DE LA GRIPPE.

Nous savions que la grippe est une maladie infectieuse. Ce que nous n'avions peut-être pas complètement réalisé, c'est jusqu'à quel point la grippe peut-être toxique, lorsque sa virulence est renforcée par une épidémie. Infection de la muqueuse des voies respiratoires, oui; et qui peut s'accompagner de septicémie et de suppuration, cela est certain. Mais aussi intoxication rapide et profonde de tout l'organisme dont le système nerveux subit le premier les atteintes, dont la circulation et la nutrition supportent tout le contre-poids, et qui taxe à leur maximum le tube digestif et les glandes émonctoires.

Dans son remarquable article de la Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale, Emile Bois qualifie la grippe ou influenza de *maladie toxico-infectieuse générale*. L'épidémie de 1918 a démontré l'exactitude de cette définition en nous donnant une grippe très infectieuse et très toxique, dont les symptômes prédominants ont été pulmonaires, mais qui nous a fait connaître toutes les formes cliniques et toutes les complications possibles de la grippe.

La plupart des grandes infections rencontrées en pratique courante—la diphtérie, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale—ont une évolution bien déterminée et une allure caractéristique, pour ainsi dire classique; ce sont des infections surtout septicémiques, qui ne produisant des formes toxiques que par exception. C'est la toxhémie, à mon sens, qui permet à la grippe d'être aussi capricieuse dans son allure, aussi protéiforme dans ses manifestations et surtout de faire éclater subitement des complications très graves d'emblée, dont la marche peut être

remarquablement rapide. Seule, la toxhémie, par son action sur les centres nerveux et sur les viscères, peut expliquer ces paralysies vasomotrices et ces congestions suraiguës qui compromettent, en vingt-quatre heures, les fonctions d'un organe et donnent en deux ou trois jours des lésions de dégénérescence cellulaire très marquées.

Deux faits cliniques importants me paraissent établir, dans la grippe, la prédominance de l'intoxication sur la septicémie. C'est que les congestions aiguës apparaissent souvent chez les grippés qui ont peu de fièvre, ou dont la fièvre est tombée. C'est aussi que les grippés atteints de complications aiguës n'ont souvent ni l'altération des traits ni les changements d'allure qu'on remarque toujours dans les grandes septicémies.

Enfin, et c'est un autre point à retenir, si des grippés ont eu des complications suppurées tardives, assez vite réglées par la chirurgie, la plupart, comme conséquence de leur toxhémie, ont présenté une grande dépression, une convalescence lente, quelquefois pénible, exigeant beaucoup de précautions et toutes les ressources d'une thérapeutique patiente et avisée. Certains grippés ont fait pendant leur convalescence de la néphrite aiguë aussi facilement qu'un enfant relevant de la scarlatine.

Tout le monde aussi a remarqué la fréquence et la facilité des rechutes et des récidives, et cela sans cause de réinfection apparente; il suffisait souvent du premier lever, de la première sortie, d'une augmentation peu considérable de la diète pour ramener des symptômes grippaux caractérisés surtout par des congestions pulmonaires et des insuffisances fonctionnelles hépatiques ou rénales. Il faut une intoxication générale profonde pour laisser derrière elle une fragilité physiologique aussi grande. La nutrition elle-même devenait insuffisante après l'attaque de grippe, et beaucoup de grippés ont présenté de l'hypothermie et de l'adynamie persistantes pendant leur convalescence, autre preuve de l'intoxication profonde de l'organisme.

Cet ensemble de faits constitue une leçon qu'il ne faut pas perdre. Dans une épidémie à virulence renforcée comme celle de 1918, les manifestations infectieuses, septiques ou toxiques, prennent une intensité remarquable, évoluent avec une rapidité inattendue, exigent de la part du praticien une observation attentive, minutieuse et toujours en éveil. Jamais la règle d'or de la pratique—l'observation constante du malade—ne s'est imposée davantage que pendant cette épidémie. Seule, elle a permis aux médecins consciencieux et surmenés de conserver le contrôle efficace de leurs malades, de dépister les manifestations multiples

de la toxi-infection grippale, d'empêcher très souvent les complications soudaines et graves d'emblée et surtout de conserver l'initiative thérapeutique, aussi importante, pour mater une maladie aussi souple, aussi maligne, aussi sournoise, que l'initiative militaire sur le champ de bataille est nécessaire pour paralyser un ennemi dangereux.

II.—LA NATURE DES COMPLICATIONS PULMONAIRES

De tous les ennemis morbides qui s'attaquent à l'homme, on peut affirmer sans crainte que l'influenza est celui qui possède le plus de ressources pathologiques et sait le mieux multiplier les attaques sérieuses, grâce à la virulence de son germe et à l'abondance de ses toxines. Et rien n'est plus instructif à cet égard que les manifestations thoraciques de la grippe.

Je regrette beaucoup, pour ma part, que les élèves de la faculté n'aient pas eu l'opportunité d'observer les malades pendant l'épidémie. Les manifestations pulmonaires, ont été si nombreuses, si variées, elles nous ont offert une telle richesse d'observation, que les leçons d'auscultation en auraient été à la fois très complètes et très profitables. Toutes les formes cliniques des inflammations aiguës des voies respiratoires ont défilé devant nous: laryngites, trachéo-bronchites, bronchites simples, bronchites capillaires généralisées, broncho-pneumonies, pneumonies lobaires, congestions actives et splénisations, oedèmes, fluxions de poitrine, pleuro-pneumonies, pleurésies simples, empyèmes. La richesse thoracique de la grippe a été, cette année, quelque chose de remarquable.

On a accusé le climat de ces méfaits. L'hiver avait été long, rigoureux, le printemps et l'été pluvieux et froids, a-t-on dit; les constitutions étaient affaiblies, les voies respiratoires irritées d'avance. Je ne crois pas que ceci ait joué un rôle dans la virulence pulmonaire de la grippe qualifiée, après son passage en Espagne, de grippe espagnole. Il ne faut pas oublier que la voie respiratoire est la voie de pénétration de la grippe, et que les symptômes pulmonaires lui sont habituels. S'ils ont revêtu une intensité spéciale, en 1918, c'est que l'infection grippale, comme il arrive souvent dans les pandémies, dans ses passages successifs à travers le monde, s'était renforcée et qu'elle a, sur le terrain pulmonaire, développé toute son action. Evidemment, certains grippés à thorax affaibli ont payé plus cher que les autres, et ont donné beau jeu aux associations microbiennes. Chez eux, les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques, le bacille de Koch sont venus prêter main forte au bacille de Pfeiffer et intensifier ou

continuer son action. Mais n'oublions pas que le plus grand nombre de ceux qui sont morts, dans la présente épidémie, étaient des plus jeunes et des plus vigoureux. Ce qui les a terrassés, ceux-là, qui n'avaient aucune tare organique, c'est la virulence extrême de la toxi-infection grippale. L'anatomie pathologique et la clinique nous en ont fourni des preuves irrécusables.

Les autopsies pratiquées à l'hôpital Notre-Dame par le Dr Derôme nous ont montré quelquefois les lésions pulmonaires correspondant exactement aux signes physiques observés, par exemple l'hépatisation là où il y avait des râles crépitants et du souffle tubaire. Mais le plus souvent, lorsque nous avons noté des râles sous-crêpitants aux deux temps, une respiration soufflante ou bronchique, et pensé à la congestion active, l'autopsie constatait bien l'existence de cette congestion généralisée, mais elle trouvait aussi, derrière elle et masqués par elle, des foyers plus ou moins étendus de broncho-pneumonie, ou de pneumonie franche. Cette association morbide a donné, à la pneumonie grippale, une gravité exceptionnelle; elle a été le facteur le plus important de la dyspnée extrême, de la défaillance du cœur, de la cyanose et de l'asphyxie. Les malades, étranglés dans leurs poumons, bloqués dans leur circulation cardio-pulmonaire, la figure cyanosée, succombaient rapidement, au grand effroi de notre population rurale, qui croyait au retour de la peste noire. Il est arrivé aussi que des malades, auscultés deux ou trois jours avant leur mort, et ne donnant que des râles nombreux et généralisés, présentaient à l'autopsie un épanchement séro-fibrineux ajouté pendant les dernières heures à leur pneumonie congestive, nouvelle preuve de l'intensité de l'inflammation. Enfin, chez les grippés où la septicémie dominait l'intoxication, la paralysie de la fonction pulmonaire relevait surtout de l'encombrement des bronches par le pus, de la dégénérescence du tissu pulmonaire lui-même, donnant une hépatisation jaune ou grise assez spéciale, ou de la présence dans la plèvre de larges gâteaux purulents ou d'un empyème franchement constitué. Et pour bien marquer tous les droits d'une toxi-infection généralisée, les lésions pulmonaires s'accompagnaient presque toujours d'une forte congestion de la rate, d'une hépatite infectieuse, d'une péricardite avec épanchement ou d'une congestion gastro-intestinale.

En face de ces lésions nombreuses et multiples, fruits pathologiques d'une toxi-infection très virulente et très active, le praticien ne s'étonne plus que ses constatations cliniques, pendant la dernière épidémie d'influenza, aient été si variées et parfois si déconcertantes.

C'est le propre des grandes épidémies de nous surprendre par l'intensité et la rapidité des coups qu'elles portent, et nous sommes trop occupés, pendant la durée du combat, pour nous arrêter à réfléchir longuement sur le point du départ de ces assauts multipliés; il faut sortir du champ de bataille pour apercevoir nettement les causes et le résultat des hostilités, et réaliser à quel ennemi puissant nous avons affaire. Jamais épidémie ne nous aura mieux enseigné que celle de 1918 la nécessité d'être sur ses gardes. Et jamais l'on n'aura mieux constaté ce que vaut, pour le malade, pour le médecin, un examen complet, méthodique, raisonné et persistant.

Je crois qu'il est possible d'éviter, dans bien des cas, les fluxions de poitrine et les complications thoraciques graves, et que ces manifestations n'ont pas toujours la soudaineté que l'on pense. Avant d'éclater bruyamment, dans toute leur force, elles se préparent et s'annoncent par certains symptômes, certains signes physiques qu'il faut savoir rechercher. Dans mon service à Notre-Dame, par exemple, où les cas de grippe étaient auscultés à leur entrée d'une façon systématique, nous avons souvent été surpris, chez des malades entrant au début de l'attaque, qui n'accusaient pas de troubles pulmonaires, qui ne toussaient pas, de trouver déjà aux bases ou dans certaines régions limitées et presque toujours du côté droit des râles congestifs très nets, très marqués, de la matité, une respiration soufflante parfois même un véritable souffle tubaire. Nous avons constaté également qu'avec un traitement actif, ces signes locaux disparaissaient rapidement en même temps que s'accusait l'amélioration générale. Combien de malades en ville, ont pensé que la grippe se guérit tout seule et n'ont appelé le médecin que lorsqu'éclatait une pneumonie grippale qu'ils avaient soigneusement dorlotée dans son berceau. Souvent aussi le médecin trop confiant, ou très surmené, s'est laissé surprendre par une congestion soi-disant brusque, inattendue dans tous les cas, mais qu'il aurait certainement vu venir en mettant l'oreille sur le thorax du grippé.

Très souvent aussi chez certains malades, l'intensité des troubles fonctionnels, du point de côté, de la toux, de la cyanose, et particulièrement de la dyspnée était disproportionnée et faisait contraste avec la peu d'étendue ou le peu de netteté des signes physiques. Je parle évidemment du début des premiers jours de la grippe. Il y avait là, en quelque sorte, un avertissement, dont il valait mieux tenir compte. Cela signifiait évidemment, que si les signes extérieurs étaient peu bruyants, par contre l'attaque intérieure, profonde, des œuvres vives

était commencée, et que la toxi-infection faisait déjà valoir ses droits. Le médecin qui n'aurait pas tenu compte de cet avertissement pour la direction de sa thérapeutique aurait laissé passer là une de ces occasions précieuses qui ne reviennent jamais.

Ensuite apparaissaient très rapidement, même au début, mais surtout lorsque les grandes manifestations thoraciques avaient éclaté, les défaillances fonctionnelles secondaires: l'arythmie ou l'asystolie entraient en scène, la néphrite aiguë s'établissait rapidement, l'insuffisance hépatique ou l'hépatite même modifiait la nutrition générale ou le tracé de la température. Et c'est encore l'examen suivi du malade qui nous faisait constater la modification du rythme cardiaque ou des urines, l'albuminurie, la présence des cylindres, l'hypertrophie du foie, le teint sub-ictérique, l'altération de la formule chimique de l'urine, la présence de l'urobiline dans ce liquide, etc., etc. Là encore, nous avons une preuve démonstrative de l'intensité, de la gravité, et de la multiplicité des manifestations d'une toxi-infection très active, agissant à la fois par ses microbes et par ses toxines, et pouvant porter ses coups à la fois sur tous les grands systèmes, atteindre simultanément ou successivement tous les viscères importants.

Devons-nous inscrire tous ces méfaits au compte de la grippe seule, où, pour préciser davantage, au crédit du bacille de Pfeiffer. C'est certainement lui le premier et le plus grand coupable: la spécificité du bacille de Pfeiffer n'est guère contestée aujourd'hui. Seulement, comme tous les grands coupables, il trouve facilement des associés. Il semble même avoir le don particulier de les stimuler au mal, et de les attirer rapidement à son aide. Nulle maladie ne témoigne mieux que, au méningocoque etc., et ces cas sont les plus fréquents. Il est évident que les constatations microbiennes dans les infections. Les recherches bactériologiques faites pendant l'épidémie sont à ce sujet des plus instructives. Les symptômes septiques et toxiques de la grippe relèvent, tantôt uniquement du bacille de Pfeiffer et ces cas sont les moins nombreux, tantôt du bacille de Pfeiffer associé au pneumocoque, au streptocoque, au méningocoque, etc., et ces cas sont les plus fréquents. Il est arrivé même souvent cette année, que dans les complications suppurées de la grippe, le streptocoque a joué le rôle de l'associé qui devient le maître.

Un dernier fait clinique me paraît confirmer, comme les précédents, l'action toxi-infectieuse de la grippe simple ou associée. C'est la fragilité fonctionnelle des organes pendant la convalescence et leur

aptitude remarquable à développer tardivement des complications aiguës. Ce n'est pas tant la pratique hospitalière qui nous fournit ces exemples que la pratique en ville. Tous les grippés, quelle qu'ait été la forme de leur maladie, grève et longue ou bénigne et courte, sont demeurés pendant leur convalescence dans un état de possibilité pathologique qui se manifestait à la moindre occasion. Le grippé se levait-il un peu tôt, se fatiguait-il un peu vite, mangeait-il un peu plus qu'il ne fallait ou subissait-il le plus léger refroidissement, aussitôt l'on voyait la fièvre se rallumer, la toux réapparaître, le pouls s'altérer, l'albuminurie revenir. Souvent la toxi-infection reprenait plus intense que la première fois et déterminait des complications graves ou mortelles. Toujours le malade ne sortait de ces rechutes qu'avec peine et misère. Preuve évidente de l'altération profonde de l'organisme par une maladie généralisée.

Aussi, pour se défendre contre une pareille toxi-infection, l'organisme avait besoin de toutes ses ressources physiologiques. Tous les éclopés, tous les tarés, tous les blessés de la vie, dans l'épidémie actuelle, n'ont pas eu grande chance. Une lésion valvulaire, une néphrite chronique, l'état de grossesse rendaient particulièrement difficile le traitement de la grippe et le plus souvent assuraient la mort. Les personnes saines au moment de contracter la grippe ne se défendaient bien qu'à une condition: c'est que la toxi-infection n'ait pas le temps d'altérer profondément un organe. Toute congestion généralisée, toute inflammation aiguë constituait, dans la grippe, une menace de mort. Et comme toute personne atteinte de grippe devenait menacée d'une congestion ou d'une inflammation aiguë pouvant rapidement supprimer la fonction de l'organe atteint, malheur au malade qui ne se soignait pas à temps, qui n'évitait pas les imprudences, malheur au médecin qui ne se tenait pas sur ses gardes et n'établissait pas sa thérapeutique sur des fondations solides.

III.—LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT ET SON APPLICATION.

Pour considérer le traitement de la grippe, nous prendrons donc comme base les principes fondamentaux suivants: 1° l'influenza est une toxi-infection générale: 2° ses possibilités pathologiques sont très grandes, à cause de la virulence de la toxi-infection, très marquée dans les pandémies, à cause de la voie de pénétration de l'infection par les voies respiratoires, à cause aussi des associations microbiennes, très fréquentes: 3° l'infection en se généralisant peut amener progressive-

ment la mort par les lésions suppurées dégénératives qu'elle établit, mais les grippés peuvent aussi mourir brusquement, tués par les manifestations aiguës localisées de la toxhémie, supprimant rapidement, par congestion ou oedème, des fonctions physiologiques importantes (asphyxie, asystolie, urémie). Dans quels sens ces principes généraux doivent-ils orienter la thérapeutique, aux diverses périodes de la maladie? Considérons d'une façon brève et dans ses grandes lignes, le traitement de la grippe au début, à la période d'état et pendant la convalescence.

1° AU DEBUT.

Le vieux Peter disait, avec son scepticisme thérapeutique ordinaire, que "la grippe est une maladie dont on guérit les pieds sur les chenets." C'est une formule trop simple dont il faut se défier. Je trouve mieux appropriée la recommandation du Dr Roux: "Restez lit, mangez peu, buvez chaud." Ce sont des précautions dont Heckel nous donne la raison d'une façon saisissante lorsqu'il écrit: "A ses débuts, une grippe promenée conduit souvent au cimetière."

On aurait tort en effet, surtout en temps d'épidémie, de traiter légèrement une toxi-infection dont les possibilités pathologiques sont si grandes et qui tend au malade, en débutant, un piège si dangereux: la rémission du troisième jour. Un peu de coryza, un peu de toux ou d'oppression, du malaise, et voilà qui, le troisième jour, la fièvre tombe d'elle-même. Le malade se sent mieux pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il demande à manger, il veut se lever, sortir, recommencer son travail. Que de grippés se sont laissés prendre à ces apparences trompeuses et ont subi, dans un mauvais état de défense, la recrudescence fébrile et tout son cortège de complications! Quelle erreur que de ne pas traiter énergiquement, dès son début, la grippe sous toutes ses formes, et si bénigne qu'elle soit en apparence! C'est méconnaître profondément la nature de la grippe que de ne pas s'efforcer, alors qu'il en est temps encore, de l'arrêter dans son évolution, et cela d'une façon complète, certaine, efficace.

Je sais bien que l'on n'y réussit pas toujours. Nous n'avons pas de médicament spécifique de la grippe. Mais je sais bien aussi que quelques petites doses de quinine, ou d'aspirine, ou de phénacétine ne sont pas une protection suffisante. On a trouvé, en France, qu'une injection ou deux de cacodylate de soude, ou de cacodylate de gaiacol, faisaient bien mieux l'affaire. Et les métaux colloïdaux agissent aussi très bien, mais plus sûrement quand l'organisme est en état de les utiliser que lorsque la toxi-infection est profonde et compromet déjà la vi-

talité. C'est mon expérience personnelle que 1 cc d'or colloïdal ou 5 cc d'argent colloïdal, par voie intraveineuse, agissent plus sûrement quand l'état général est encore bon que 10 ou 20 cc d'électrargol lorsque les complications graves sont survenues et que l'état du malade est désespéré. Le lantol aussi est bon, et bien moins déprimant que la gairacine.

On sait comment une grippe commence; on ignore toujours comment elle finira. Il faut donc être sur ses gardes, et se mettre du bon côté. Cela veut dire: ne rien négliger, agir énergiquement. Le malade et le médecin doivent s'appliquer tous les deux à leur affaire, consciencieusement, sans défaillance. Le malade doit comprendre que son organisme commence une lutte dont l'issue est loin d'être certaine, et que nous avons le droit d'exiger de lui qu'il ne fasse rien pour gêner la défense de son organisme. Le médecin, lui, doit choisir, parmi son arsenal thérapeutique, les meilleures armes, les plus actives et en même temps les moins dangereuses pour le combattant.

On peut formuler les prescriptions du traitement de la grippe à son début de la façon suivante:

1.—*Ménager les forces vitales* par le repos au lit, la température uniforme dans la chambre, la diète légère.

2.—*Faciliter l'élimination* par les boissons diurétiques, les bains d'éponge, les laxatifs.

3.—*Combattre la toxi-infection* par les meilleurs antiseptiques généraux, les moins toxiques et les plus stimulants, c'est-à-dire les métaux colloïdaux.

4.—N'employer les antithermiques, les toniques cardiaques, les stimulants nerveux, les expectorants, etc., que comme traitement symptomatique et tout à fait accessoire.

C'est par un traitement rationnel de ce genre basé sur la nature toxi-infectieuse de la grippe, que l'on arrive à arrêter la maladie dès son début, lorsqu'on est appelé à temps, et que l'on peut espérer, si l'organisme est sain, vigoureux, et répond bien à la médication, exempter les symptômes graves et les complications.

Pour cela, il faut: (a) ne pas perdre de temps; (b) ne pas commettre d'imprudences; (c) suivre attentivement et bien observer son malade.

2° A LA PÉRIODE D'ÉTAT

C'est la période des grands symptômes et des complications, car une grippe arrêté à son début est une grippe avortée, même si l'avortement dure plusieurs jours. La fièvre est grande, l'adynamie marquée,

le malaise profond, la toux opiniâtre, la congestion installée déjà au moins dans les bronches, sinon dans le poumon, l'albumine apparue dans l'urine, l'inappétence à peu près absolue et le tube digestif embarrassé. Beaucoup de douleurs, d'agitation, et parfois du délire. La toxi-infection bat son plein.

Doit-on abandonner les prescriptions de la période du début? Bien au contraire. Elles sont plus nécessaires, plus urgentes que jamais. Elles suffiront peut-être encore à juguler la maladie. Mais en même temps, les traitements secondaires passent au premier plan, et il faut être prêt à traiter vivement les accidents aigus qui ne tarderont pas à survenir.

Le traitement antiseptique de la grippe est plus urgent que jamais, parce que l'infection fait du chemin, que l'organisme perd peu à peu ses moyens de défense. Il faut redoubler d'activité, rapprocher les doses, les augmenter, recourir de préférence à la voie intraveineuse. Les métaux colloïdaux, même à hautes doses, sont préférables aux hydrocarbures et à la quinine, parce qu'ils sont moins toxiques, moins irritants, moins déprimants, parce qu'ils ne taxent pas autant les organes éliminatoires, et surtout parce qu'ils agissent plus vite et plus sûrement. Evidemment, leur action est moins certaine qu'à la période du début; la lutte est beaucoup plus sérieuse; mais la médication antiseptique est encore la seule qui puisse assurer la guérison; il ne faut pas qu'elle cède le pas au traitement symptomatique. On ne guérit pas la pneumonie grippale en la traitant comme une simple pneumonie. Des cas ainsi traités ont guéri, oui, mais grâce à la merveilleuse résistance du sujet et malgré l'inactivité du médecin traitant.

D'un autre côté, il faut bien s'entendre. La médication antiseptique est urgente, nécessaire, conserve toujours la première place; mais, lorsqu'une complication apparaît, la médication secondaire passe au premier plan, devient importante, elle aussi, sans annuler la première. Il faut traiter tout aussi énergiquement les complications que l'influenza elle-même, sans négliger le moins du monde l'influenza. Cela est évident pour tous les organes, mais en particulier et spécialement pour l'appareil respiratoire. C'est là surtout que les possibilités pathologiques de la grippe sont imminentes et nombreuses. On appliquera donc avec le plus grand soin le traitement qui convient à la bronchite, à la broncho-pneumonie, à la pneumonie, à la pleurésie, etc. On doit le faire. Mais c'est une erreur de s'arrêter là, de croire que la grippe s'est dédoublée, qu'elle renonce à ses pouvoirs généraux pour ne réclamer que ses droits pulmonaires. C'est un piège, c'est encore un

piège. La grippe conserve toute sa virulence, et même ses manifestations pulmonaires en revêtiront une allure spéciale, seront tenaces, graves d'emblés, auront une tendance spéciale vers la suppuration. Combien de raisons, et des meilleures, pour ne rien abandonner de son activité thérapeutique, pour redoubler d'ardeur sur tous les fronts, pour repousser l'envahissement pulmonaire tout en multipliant les assauts contre la toxi-infection.

Et pendant cete lutte épique, il faut être prêt à toute heure, et sans perdre de temps, à combattre les assauts imprévus, je veux dire les congestions sur-ajoutées, les fluxions, les oedèmes, qui peuvent si rapidement briser la résistance vitale. Dans cette maladie si fertile en surprises, c'est là le plus grand piège. Rappelons-nous bien que ces accidents pulmonaires aigus se surajoutent habituellement à des lésions pulmonaires déjà constituées, qu'ils ne sont pas, par eux-mêmes, toute la maladie, qu'ils ne doivent nous masquer ni la toxi-infection, cause de tout le mal, ni des localisations infectieuses de cette toxi-infection. Reconnaissons aussi qu'ils sont la plupart du temps des accidents toxiques aigus, très graves à cause des conditions dans lesquelles ils se produisent, et donnant souvent le coup fatal à des malades qui jusque là se défendaient bien contre l'infection grippale et ses localisations broncho-pulmonaires.

Et alors nous avons tous les principes nécessaires pour formuler le traitement général de la période d'état :

1° Employer contre les congestions aiguës, les fluxions, les oedèmes, les moyens les plus rapides, les plus énergiques (saignée, ventouses scarifiées, grands enveloppements humides et sinapisés, révulsion), afin de dégager au plus vite l'organe menacé.

2° Soutenir énergiquement le malade pendant cette lutte dangereuse, par les décongestionnants, les toniques cardiaques, les diurétiques: poudre de Dover, expectorants diffusibles, ergotine, digitale, huile camphrée, caféine, éther.

3° Ne pas commettre la faute, pendant cette lutte locale, d'abandonner le traitement de la cause déterminante, de la toxi-infection; au contraire, redoubler le traitement antiseptique en augmentant le volume ou la fréquence des doses d'électrargol, de collabiase d'or, de lantol.

4° Ménager le dégagement des toxines en surveillant tout particulièrement les émonctoires, surtout le rein.

5° Empêcher l'épuisement nerveux par les calmants, les hypnotiques, les stimulants, en se basant sur les indications symptomatiques (douleurs, insomnie, dépression).

6° Ne rien abandonner des prescriptions hygiéniques: repos absolu, diète réduite, température égale.

7° Lorsque l'attaque aiguë est brisée, que le danger s'éloigne, traiter avec le plus grand soin les organes blessés, c'est-à-dire appliquer le traitement habituel des broncho-pneumonies, des empyèmes, des myocardites, des néphrites, des hépatites, de l'asthénie nerveuse, des otites suppurées.

3° PENDANT LA CONVALESCENCE

La lutte n'est pas finie lorsque les manifestations grippales se sont calmées. C'est la victoire, évidemment. Les faibles, les blessés ont succombé; cardiaques, pulmonaires, brightiques, débiles sont restés en route. Les autres, les indemnes, les forts ont triomphé. Mais ils sortent de là affaiblis, meurtris, épuisés; ils requièrent encore des soins; ils ont besoin qu'on s'occupe d'eux. C'est la période de réparation.

Deux faits, à ce moment, méritent d'attirer notre attention:

a) la fragilité fonctionnelle des organes touchés par la toxi-infection;

b) la facilité des rechutes, toujours possibles, toujours à craindre.

Quel que soit le bon état apparent des grippés, la convalescence, après l'attaque, n'est jamais courte. Il faut, pendant des jours et des semaines, éviter non seulement les rechutes, mais les sequelles, les complications tardives. La prudence est nécessaire; la prévoyance est ici la mère de la sûreté. La convalescence de la grippe ressemble, à ce point de vue, à celle de la fièvre typhoïde et de toutes les grandes infections.

Un grippé ne doit pas quitter le lit trop tôt. Il doit attendre, pour se lever, que la fièvre l'ait laissé depuis huit ou dix jours, qu'il n'y ait plus d'albumine dans son urine, que l'élimination soit terminée, que toute trace d'infection ait disparu, que la respiration soit facile, que le pouls soit stable, régulier et fort, que sa nutrition ait repris son aplomb et que l'équilibre de son système nerveux soit enfin rétabli. Le piège, ici, serait une confiance trop grande, une réjouissance trop précoce, une reprise prématurée de la vie normale, avant que les fruits de la victoire ne soient assurés.

Un grippé ne doit pas manger trop vite. Les glandes sont toujours malmenées dans une toxi-infection. Les sécrétions digestives ne reprennent que lentement leur efficacité première. Les glandes émonctoires, hépatiques ou rénales, surmenées, irritées, endommagées plus qu'on ne croit, ont des réparations à faire. Elles ont besoin d'un ménagement. Elles ne sont pas encore capables d'un travail plein et

régulier.

Un grippé ne doit pas se remettre immédiatement au travail. La faiblesse organique est trop grande. Le système nerveux est trop épuisé. Il n'est pas encore en état d'escompter ses forces et son énergie. Le grand régulateur de la vitalité demande encore un peu de temps pour rétablir dans tous les systèmes cette belle harmonie fonctionnelle si profondément altérée par la toxi-infection.

C'est pendant la période de convalescence, et à son début surtout, afin de l'aiguiller solidement dans la bonne voie, qu'il faut ménager les forces par le repos continué, rétablir progressivement les fonctions digestives, prescrire, s'il le faut des toniques appropriés, et ne permettre la reprise du travail que lorsque les forces et l'équilibre physiologique sont complètement rétablis.

Et cette heureuse terminaison ne sera certaine que si le médecin, conscient de sa responsabilité, a pris la précaution, au déclin de la maladie, au début de l'amélioration, de faire une revue complète du champ de bataille, pour s'assurer qu'il ne reste pas, tapi dans quelque repaire, quelque ennemi silencieux, attendant sa chance de recommencer la lutte et ne demandant souvent, pour déguerpir, que le coup de bistouri du chirurgien.

Montréal, décembre 1918.

Sur quelques autopsies de grappe (1)

par Wilfrid Derome.

Professeur de Médecine Légale et pathologiste de l'hôpital
Notre-Dame ,,

A la bonne fortune d'avoir échappé aux atteintes de l'épidémie de grippe, qui vient de ravager si cruellement notre population, sans excepter la profession médicale, s'est ajoutée pour nous, une autre bonne fortune qui est celle d'avoir pu pratiquer vingt-deux autopsies de grippés.

C'est le résultat de notre humble travail sur cette grave affection que nous désirons soumettre à votre haute appréciation.

Ces vingt-deux cas se répartissent d'abord, quant au sexe, en 7 femmes et 15 hommes.

Cette première constatation confirmée sur une petite échelle, ce fait déjà mis en évidence par la statistique générale du Bureau d'Hygiène de la ville de Montréal, à savoir: que l'épidémie a été plus meurtrière pour l'homme que pour la femme.

Une autre constatation intéressante, c'est que l'âge des vingt-deux victimes, à l'exception de trois, était compris entre 20 et 45 ans. preuve que l'agent infectieux, quelque infirme qu'il soit, sait parfois s'attaquer avec succès et d'une façon en quelque sorte élective, à la classe de sujets d'ordinaire les plus résistants.

Nous laissons à d'autres confrères, mieux placés que nous pour observer, le soin de faire connaître les autres caractères généraux de cette épidémie, ainsi que les analogies qu'ils peuvent avoir avec ceux déjà notés au cours des épidémies de grippe antérieures, nous contentant de rapporter strictement, ce que nous mêmes avons pu observer au laboratoire et à la salle d'autopsie de l'hôpital Notre-Dame.

BACILLE DE PFEIFFER

C'est en janvier 1892, deux ans par conséquent après la dernière grande épidémie de grippe, qui porta ses ravages sur les diverses contrées de l'Europe, que Pfeiffer réussit, le premier, à isoler dans le muco-pus bronchique des grippés, un microbe qui porte le nom de de son découvreur, et qui depuis a été généralement accepté comme l'agent spécifique de la grippe.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Séance de Déc. 1918.

La découverte de Pfeiffer a été depuis confirmée par maints auteurs, entre autres, par Kitasato, Canon, Weichelbaum, etc. Nos recherches personnelles au cours de cette épidémie nous portent aussi à admettre l'exactitude des affirmations de Pfeiffer. Nous avons, en effet, pu observer le microbe de Pfeiffer, associé toujours à d'autres germes saprophytes et en particulier au pneumocoque, dans les sécrétions nasales, dans les crachats, dans la sérosité bronchique, dans les épanchements pleurétiques et même dans le sang. (1)

Le bacille de Pfeiffer est un bâtonnet droit et très-petit: n'excédant pas 1.5mm en longueur et 0.3mm en largeur. Ses extrémités arrondies retiennent plus fortement que le centre la matière colorante, ce qui, au premier abord, le fait ressembler à un coccobacille, nom sous lequel on le désigne fréquemment.

Il se colore plutôt difficilement par les colorantes basiques ordinaires; il est décoloré par la méthode de Gram. Une solution étendue (1 dans 10) de fuchsine phéniquée, appliquée durant 5 à 10 minutes, le colore parfaitement.

D'après notre expérience, le bacille de Pfeiffer se retrouve facilement et en grand nombre dans les crachats et les sécrétions nasales, durant toute la période d'acuité de la maladie; nous l'avons même observé à plusieurs reprises, dans l'expectoration de personnes chez lesquelles avait persisté, après cessation de la fièvre, une toux légère mais tenace.

Son meilleur milieu de culture, indiqué par Pfeiffer lui-même, consiste dans de la gélose pure à la surface de laquelle on a laissé couler une goutte de sang. Le microbe y forme après vingt-quatre heures à une température de 37° C. de petites taches circulaires, à peu près transparentes et à peine visibles à l'oeil nu.

Nous avons réussi à obtenir des cultures pures de ce bacille dans le sang des grippés, en déposant une goutte de sang du malade, à la surface de la gélose pure. M. le Docteur Arthur Bernier, professeur de bactériologie à l'Université Laval et bactériologiste du Conseil d'Hygiène Provincial, a bien voulu se charger de corroborer sur ce point nos constatations, et nous faire ainsi bénéficier de sa haute compétence.

Nos constatations tendent donc à établir que le microorganisme découvert par Pfeiffer, outre qu'il circule à un moment donné dans

(1) Suivant A. Netter (Traité de Médecine, Brouardel et Gilbert, page 376), Pfeiffer n'aurait jamais vu ni cultivé ce microbe dans le sang des sujets atteints d'influenza; par contre, Canon aurait réussi à le cultiver dans le sang de six malades.

le sang des grippés. se montre d'une façon constante, dans les lésions et les exsudats inflammatoires d'origine grippale.

Maintenant, de ces faits, est-on en droit de conclure que le bacille Pfeiffer joue le rôle principal sinon unique dans les altérations grippales? C'est une question qui n'est pas encore parfaitement élucidée et que l'épidémie actuelle a de nouveau posée à la sagacité des savants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On sait qu'au point de vue clinique, la grippe se présente sous des formes différentes: sudorale, nerveuse, cardiaque, intestinale, pulmonaire, etc; mais ces distinctions, si elles sont souvent justifiées par les symptômes, le sont beaucoup moins souvent par les déterminations morbides. Aussi, dans la description que nous allons entreprendre, des lésions anatomiques rencontrées au cours de nos vingt-deux autopsies de grippés, nous ne nous préoccupons aucunement des formes cliniques.

Lésions pulmonaires.—Les voies respiratoires sont le siège principal et d'ordinaire premier, des altérations grippales.

La muqueuse du nez, du larynx, de la trachée, des grosses et des petites bronches est tuméfiée et parfois oedématiée; elle est recouverte d'un exsudat muco-purulent assez épais, mais peu adhérent. Cet exsudat est surtout abondant dans les petites bronches, au point que si on comprime entre les mains, un poumon dans lequel on a pratiqué une ou deux sections, on voit sourdre des mille petits orifices bronchiques, un liquide rosé et tellement abondant qu'on a l'impression de comprimer un poumon de noyé.

L'examen microscopique de cet exsudat montre la présence de globules de pus, de globules rouges, de cellules épithéliales desquamées, enfin de microbes divers, parmi lesquelles, le bacille de Pfeiffer, le pneumocoque, le streptocoque, etc.

Les poumons présentent des lésions variables. Tantôt on rencontre seulement de la congestion avec de l'oedem; plus souvent cette congestion est associée soit avec de la pneumonie lobaire, soit avec de la broncho-pneumonie, soit avec les deux à la fois.

Dans deux cas seulement sur vingt-deux, la congestion existait seule; dans cinq cas, elle était accompagnée seulement de foyers de broncho-pneumonie; dans les quinze autres cas, la congestion et la pneumonie existaient, associées trois fois avec des noyaux de broncho-pneumonie.

Cette congestion, nous l'avons toujours trouvée nettement marquée dans les deux poumons; mais dans certaines zones, variables dans leur localisation, elle présentait un caractère particulier d'intensité: Le tissu pulmonaire était noirâtre, compact et friable comme le tissu splénique.

Les foyers de condensation pulmonaire qui, comme nous l'avons dit, se sont montrés vingt fois chez nos vingt-deux autopsiés, siégeaient soit dans un seul lobe—et alors, c'était toujours dans le lobe inférieur—soit dans plusieurs lobes du même côté ou des deux côtés. Douze des victimes portaient à des degrés divers, des lésions de condensation dans les deux poumons.

La pneumonie lobaire de la grippe ne paraît différer de la pneumonie franche, par aucuns caractères essentiels. Le tissu ne crépite plus et est devenu compact et pesant comme celui du foie.

On a cependant signalé macroscopiquement, un aspect plus lisse—et aussi plus humide, pourrions-nous ajouter—de la coupe, dû à l'absence des granulations qui, dans la pneumonie classique, constituent l'altération essentielle de l'hépatisation rouge. Au microscope, on trouve les alvéoles distendues par un exsudat formé de cellules embryonnaires, de globules rouges, de cellules pulmonaires desquamées, mais ne contenant que peu ou pas de fibrine.

Nous avons observé plus d'une fois dans ces foyers de condensation, d'abord de la décoloration du tissu pulmonaire, puis au microscope un état vacuolaire des cellules marquant le passage de ces éléments au stade de dissolution (hépatisation grise).

La plupart des auteurs que nous avons consultés, s'accordent à dire que la pneumonie lobulaire est plus fréquente que la pneumonie lobaire. Nos constatations ne nous permettent pas de partager cette opinion. En effet, sur vingt-deux cas, nous avons observé 15 fois la pneumonie lobaire et 8 fois seulement des noyaux de broncho-pneumonie, seuls ou associés avec de la pneumonie.

Quant à la tendance plus marquée dont parle A. Netter (1), de ces noyaux de broncho-pneumonie, à la suppuration ou au sphacèle, nous avouons n'avoir observé que deux fois de la sphacèle sur les 8 cas de pneumonie lobulaire.

Dans sept cas, la plèvre était atteinte de pleurésies soit sèches (4 cas), soit avec épanchements purulents (3 cas). La pleurésie purulente était bilatérale dans deux cas.

(1) Op. cit.

Nous avons eu à maintes reprises, l'occasion d'examiner de ces exsudats purulents obtenus par ponction chez des grippés traités à l'hôpital Notre-Dame, et invariablement nous y avons trouvé outre des leucocytes polynucléaires, des globules rouges et des cellules endothéliales, l'association microbienne suivante: le pneumocoque, le bacille de Pfeiffer et assez rarement le streptocoque.

Lésions associées. — Nous avons noté dans quelques cas une rate hypertrophiée et molle (rate infectieuse).

Les reins ont présenté les altérations des néphrites infectieuses avec prédominance dans la plupart des cas, de phénomènes congestifs; plus rarement le tissu rénal avait pris une apparence grisâtre indiquant la présence de lésions dégénératives. Ces lésions rénales expliquent suffisamment la quantité notable d'albumine que nous avons observée chez tous les grippés fortement atteints.

Les altérations rencontrées dans le foie ne diffèrent guère de celles des reins. Tantôt il est augmenté de volume et fortement hyperhémique, tantôt son volume est normal, sa coloration pâle et grisâtre.

Nous n'avons rien noté du côté du cœur, du tube digestif et des centres nerveux.

Afin d'illustrer autant que faire se peut, les lésions que nous venons de décrire, nous avons apporté un certain nombre de préparations histologiques que nous vous engageons fortement à examiner. Elles vous feront saisir mieux que toute description, la marche progressive du processus morbide, depuis la congestion jusqu'à l'hépatisation.

De la vision chez les noirs de l'Afrique (1)

Par le Docteur J.-N. ROY,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal, Ex-chargé de mission par le Gouver-
nement Canadien, Lauréat de l'Académie de Médecine de France.

Lors d'un récent voyage d'études autour du Continent Noir, où nous avons parcouru vingt-deux différentes colonies, nous avons eu l'occasion d'examiner, au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, environ cinq mille négres appartenant à une centaine de tribus diverses, et c'est le résultat de nos recherches sur la vision de ces indigènes que nous désirons rapporter dans ce travail.

Après avoir abordé la question de la réfraction, de l'acuité visuelle pendant le jour et la nuit, et de l'accommodation, nous comparerons très rapidement les yeux des noirs avec ceux des individus qui font partie des autres races de la terre. L'échelle métrique qui a servi à nos travaux est celle bien connue de Wecker,—construite sur le même principe que l'échelle de Snellen—dont les plus petits caractères sont normalement perçus à une distance de cinq mètres. Comme la plupart de nos sujets ne savaient pas lire, nous avons fait usage de son tableau renfermant un certain nombre de carrés de grandeurs différentes où un côté, qui est laissé en blanc, représente, pour les besoins de la démonstration, l'ouverture de chaque carré. Pratikés de cette façon, nos examens furent très simples et précis, et à la vue de ces carrés, mêmes les moins intelligents pouvaient nous indiquer avec la main l'ouverture en haut, en bas, à droite ou à gauche. Pour nos réfractions, nous nous sommes aidés de la skyoscopie, car l'ophtalmomètre aurait été trop encombrant pour être transporté un peu partout, comparé aux services qu'il aurait pu nous rendre.

Comme la lumière africaine est intensive et l'atmosphère très limpide, nous sommes venus à la conclusion, après des expériences, que la vision chez une même personne est supérieure en Afrique qu'en Europe. Un oeil emmétrope qui, au moyen d'un fort éclairage du jour ou électrique, peut reconnaître dans un pays septentrional des caractères lui donnant une acuité visuelle de 5/5 ou même de 6/5, s'il est réellement bon, doit voir dans les régions péri-équatoriales à un mètre de plus, c'est-à-dire à 7/5. Cette unité de 7/5 sera donc considérée dans ce travail comme représentant la vision normale d'un européen en Afrique ou dans un pays tropical.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de Déc. 1918.

Si nous jetons maintenant un rapide coup d'oeil sur le Continent Noir au point de vue géographique et ethnique, dans un but d'enquête pathologique, nous voyons que les différentes races qui l'habitent sont venues en contact les unes avec les autres d'après certaines circonstances que nous allons rappeler.

Les nègres du Sénégal - Soudan se sont mélangés avec leurs voisins du Nord, les Berbères et les Arabes, et leurs descendants, les Maures, ont peuplé surtout la Mauritanie. Ceux du Nord-Est se virent peu à peu envahis par les Egyptiens, toujours en guerre avec les Ethiopiens et de leur union avec les Fellahs, naquit la race des Peuhls et des Foulahs, vivant dans les environs du fleuve Sénégal, de la partie haute du Niger, et dans le Fouta Djalon, en Guinée Française. Les Arabes du Yémen firent plusieurs incursions en Afrique, et, traversant la Côte des Somalis, se rendirent jusqu'à Harar, la capitale du pays des Gallas en Abyssinie, dont ils furent pendant très longtemps les maîtres. Ces nègres qui vinrent en contact avec ces différents peuples, héritèrent entr'autres choses de la syphilis et du trachome. Nous aurons d'ailleurs l'occasion, dans un travail futur, de présenter la question de la vérole dans ce continent. La variole a aussi fait, chez ces indigènes, de terribles ravages, notamment dans cette partie désertique où les moyens de communications sont naturellement plus faciles que dans la grande forêt; et d'après ce même raisonnement, nous pouvons dire la même chose au sujet de l'ophtalmie purulente. Aussi, nous avons constaté que, d'une manière générale, les noirs qui habitent au nord du cinquième degré latitude nord, ont de moins bons yeux que ceux qui vivent au sud de ce parallèle, parce que l'ophtalmie purulente, la variole, le trachome et l'irritation conjonctivale entretenue par les poussières sablonneuses, ont été la cause de nombreuses altérations oculaires. Le strabisme, qui est la plupart du temps la conséquence de taires cornéennes chez les nègres, ou d'une amblyopie résultant d'une autre maladie de l'oeil, est beaucoup plus fréquent dans la partie septentrionale que dans la méridionale. En résumé, après avoir fait le tour de l'Afrique et avoir pénétré à l'intérieur, quelques fois à une grande distance de la côté, nous sommes revenus avec l'impression que les indigènes du sud ont été infectés par ceux du nord, qui, eux, le furent d'abord par les indo-européens.

Ce serait sortir de notre sujet que de nous attarder à parler — même au point de vue du mélange des races et de la contagion qui souvent en résulte — de ce continent qui jadis reliait probablement

l'Asie avec le sud de l'Afrique, et dont les Iles de la Sonde en seraient les derniers vestiges. Les Hottentots et les Buschimans qui ont dans leurs veines une certaine quantité de sang mongol, sont une preuve vivante de cette hypothèse et les derniers descendants de ces deux tribus, de nos jours presque éteintes, vivent groupés ensemble, principalement sur les frontières de la Rhodésie, du Sud-Ouest Africain Allemand et de l'Angola Portugaise.

En examinant attentivement l'oeil du noir, nous sommes frappés de la quantité très considérable de pigment qu'il renferme. Dans certains cas nous en trouvons sur la conjonctive oculaire, surtout vis-à-vis le cantus externe, et l'iris et la choroïde semblent en être saturés. Nous mentionnerons également, en passant, un état physiologique de mélanose du voile du palais et quelquefois des gencives chez un certain nombre d'entr'eux.

En faisant la réfraction de ces nègres, nous constatons que leurs yeux sont presque tous emmétropes, en autant qu'aucune maladie du segment antérieur n'est venue modifier la courbure cornéenne. D'après nos statistiques, la myopie simple se rencontre seulement dans une proportion d'environ 1.5 pour 100 de la population et encore à un degré très faible. Jamais dans nos corrections n'avons-nous trouvé plus de 4 dioptries, et c'était chez des albinos. Cette anomalie pigmentaire est beaucoup plus fréquente en Afrique que partout ailleurs, et nous avons même observé à Lagos en Nigérie une famille, de la tribu des Yorubas, composée de cinq enfants dont un noir et quatre albinos. Au point de vue progéniture, il était intéressant de savoir si les albinos se mariaient entr'eux; aussi malgré une enquête des plus complètes, il nous a été impossible de constater cette union. Etant donné la manière différente dont ils sont traités dans leurs villages, la chose s'explique facilement, puisque en certains endroits, ils ne jouissent d'aucun prestige, en d'autres, ils sont considérés comme attirant la malchance, et quelquefois sacrifiés à leur naissance, et enfin en certains lieux sont-ils regardés comme des fétiches.

L'astigmatisme myopique s'observe à peu près dans les mêmes proportions que la myopie, c'est-à-dire dans 1.5 pour 100 des cas et jamais nous avons dû nous servir d'un cylindre supérieur à -2.50 pour obtenir une vision parfaite. D'après nos nombreux examens le kératocône et le kératoglobe semblent ne pas exister en Afrique.

Quant à l'hypermétropie simple et à l'astigmatisme hypermétropique, nous l'avons rencontré un peu plus souvent que la myopie, soit environ 2.5 pour 100 dans les deux cas.

Le plus fort degré d'hypermétropie que nous ayons eu à corriger l'a été par un +3.50 et un cylindre de +2.50 a toujours été suffisant dans l'astigmatisme hypermétropique le plus prononcé.

De temps à autre, nous avons trouvé de l'astigmatisme composé, surtout chez les albinos, mais nous n'avons jamais observé d'astigmatisme mixte et irrégulier.

Tout ce que nous venons de dire sur l'astigmatisme et de son pourcentage, se rapporte naturellement à des cornées absolument transparentes, car une inflammation quelconque de cette membrane est susceptible en Afrique, comme partout ailleurs, à en changer sa courbure physiologique.

Si ces chiffres, que nous donnons comme moyenne de la réfraction des indigènes de tout le continent, sont peut-être un peu trop faibles pour certaines colonies où des écoles sont établies depuis longtemps pour l'instruction des nègres, en retour ils sont certainement trop élevés pour d'autres endroits où presque tout le monde est emmétrope. De plus, lorsque nous sommes en présence d'un cas d'amétropie, il est presque toujours corrigé par un verre très faible.

Nous avons été étonnés de l'excellente acuité visuelle des noirs. Dans certaines circonstances—d'ailleurs très rares—où ils avaient besoin d'une lentille concave ou convexe de deux à trois dioptries, nous avons observé qu'avec ce verre quelques-uns d'entr'eux pouvaient même avoir une vision qui variait de $9/5$ à $11/5$. La plus forte acuité visuelle que nous ayons rencontrée chez un oeil normal a été une fois de $20/5$ et encore c'était chez un sujet atteint de la maladie du sommeil. Cette affection fera plus tard l'objet d'une communication dans laquelle nous montrerons la très grande résistance des yeux des noirs dans la trypanosomiase humaine. D'après nos statistiques, nous pouvons dire que la moyenne de la vision des indigènes emmétropes de l'Afrique est de $12/5$.

Nous mentionnerons également en passant le fait qu'ils peuvent en plongeant voir à une grande profondeur, faculté que possède cette race à nulle autre pareille. De plus, nous n'avons jamais observé d'altération du sens des couleurs, et d'hémianopsie, malgré les examens approfondis que nous ayons faits, surtout chez ceux qui présentaient des lésions oculaires, et qui, pour nous rencontrer, venaient quelquefois de très loin. Il nous fait plaisir de témoigner ici notre reconnaissance à tous nos confrères de toutes nationalités avec lesquels nous sommes venus en contact, qui, rivalisant d'amabilité lorsque nous changions de colonie, nous ont énormément aidés dans nos recherches par leurs organisations de tous genres.

Ayant remarqué la facilité avec laquelle les nègres pouvaient reconnaître les objets la nuit, nous nous sommes livrés à une série d'expériences dans le but de comparer leur vision avec celle des blancs. D'abord après nous être renseignés sur la réfraction des européens qui devaient servir à notre enquête visuelle nocturne, et avoir éliminé tous ceux qui n'étaient pas emmétropes ou qui présentaient des lésions oculaires, nous avons répété ce même travail chez les noirs. Comme il s'agissait d'employer une méthode très simple pour être bien compris de ces primitifs aborigènes, nous avons fait, avec du papier blanc, un certain nombre de figures représentant un carré, une croix, les lettres L. I. V. T., etc. Ces figures blanches étant placées alternativement par nous sur un fond noir, nous allions rejoindre notre groupe à examiner qui se tenait à une grande distance de l'objet qui devait être regardé. Nous procédions ensuite de la manière suivante. Tout le monde était mis en ligne, les européens sur la droite, et personne ne devait bouger, sans notre autorisation. Une période d'une minute environ était allouée à chaque distance et si au bout de ce temps aucun n'avait vu, nous faisons avancer toute la ligne d'un pas seulement et ainsi de suite. Lorsque quelqu'un croyait reconnaître l'objet en question, il devait simplement nous avertir en disant: je vois; et alors étant pris à part, il nous expliquait, en se servant de ses mains, si la chose était nécessaire, ce qu'il avait pu distinguer. Si une erreur était commise, nous l'envoyions rejoindre les autres, mais si au contraire la réponse était exacte, il était retenu seul dans un lieu d'où nous pouvions plus tard faire nos calculs. Toutes les personnes qui composaient le rang, ayant pu se rendre compte de la forme de ce caractère, chacune à des endroits plus ou moins variés, nous en prenions note, et recommencions ensuite la même chose avec une figure différente. Nos expériences poursuivies de cette manière, et répétées souvent un peu partout, nous permettent de dire que les noirs voient la nuit entre deux à quatre fois mieux que les blancs. Ce fait étant connu, il était tout naturel d'essayer d'en trouver la raison. Comme il nous arrivait, de temps à autre, de pratiquer des énucléations, nous avons profité de ces interventions pour nous procurer un certain nombre d'yeux qui devaient servir à des études histologiques, surtout au point de vue rétinien.

Si nous jetons un rapide coup d'oeil sur l'anatomie comparée, nous voyons que la seule différence entre les yeux des animaux diurnes et nocturnes existe dans les bâtonnets de la rétine (1). Schultze

(1) J. N. Roy.—Anatomie et physiologie comparées de l'oeil et de ses annexes. Archives d'Ophthalmologie de Paris. Juillet-août 1912.

avait d'abord émis l'opinion que ces derniers n'avaient pas de cônes rétinien; toutefois, la chose a été reconnue erronée, puisque la plus grande partie des reptiles qui sont nocturnes, possèdent plus de cônes que de bâtonnets. En attendant une meilleure explication, nous sommes forcés de constater seulement que les bâtonnets des animaux nocturnes sont beaucoup plus longs et fins que ceux des diurnes.

Ceci étant admis, nous avons fait diriger les recherches principalement sur cette couche rétinienne. Malheureusement, les histologistes qui ont bien voulu se charger de ce travail délicat, n'ont rien trouvé qui puisse augmenter nos connaissances sur ce point. A part une accumulation de pigment beaucoup plus considérable dans l'oeil du noir que dans celui du blanc, rien à noter,—et les bâtonnets chez ces deux races semblent avoir la même forme. En conséquence, nous sommes forcés de croire que l'excellente acuité visuelle des nègres, la nuit, est due à la plus grande habitude qu'ils ont que nous à sortir dans les ténèbres. Nous avons fait aussi la même constatation chez les Indo-Chinois, les Malais, les Peaux-Rouges et même chez les Hindous, dont l'origine est aryenne.

Nous avons pris un intérêt tout particulier à l'amplitude d'accommodation chez les nègres. Ces expériences physiologiques furent très faciles, puisque nous avions à notre disposition, à maints endroits, des écoliers qui savaient suffisamment lire pour nous permettre d'être le témoin de faits positifs. Comme nos travaux sur ce sujet nous ont convaincus que le pouvoir d'accommodation est meilleur chez les indigènes du Continent Noir que chez les blancs, en nous rapportant au tableau de Donders que nous nous permettrons tout à l'heure d'apprécier, nous désirons maintenant soumettre une cinquantaine d'observations, puisées au hasard dans notre statistique qui seront une preuve illustrée non-seulement de ce phénomène, mais aussi de tout ce que nous avons avancé jusqu'à ce moment. Toutes ces observations se ressemblent, et la seule sélection que nous avons faite se rapporte uniquement aux cas emmétropes. Pour mesurer la réfraction maxima du globe oculaire adapté pour son *punctum proximum*, nous nous sommes servis des plus fins caractères de l'échelle métrique de de Wecker, lus avec un seul oeil, car l'optomètre à fils nous aurait donné des résultats qu'il aurait été, chez ces indigènes, plus difficiles à contrôler.

Obs.	I—Homme,	tribu	Ouolofs,	16	ans,	amp.	acc.	0.07	cent.	=	14.28	diopt.	Em. V =	14/5
"	II—	"	Ouolofs,	18	ans,	"	"	0.082	"	=	12.19	"	Em. V =	12/5
"	III—	"	Bambara,	17	ans,	"	"	0.08	"	=	12.5	"	Em. V =	13/5
"	IV—	"	Mandingue,	29	ans,	"	"	0.107	"	=	9.34	"	Em. V =	12/5
"	V—	"	Mandingue,	15	ans,	"	"	0.068	"	=	14.7	"	Em. V =	10/5
"	VI—	"	Bambara,	20	ans,	"	"	0.085	"	=	11.76	"	Em. V =	15/5
"	VII—	"	Malinké,	22	ans,	"	"	0.088	"	=	11.36	"	Em. V =	12/5
"	VIII—	"	Soussous,	24	ans,	"	"	0.09	"	=	11.11	"	Em. V =	11/5
"	IX—	"	Soussous,	30	ans,	"	"	0.103	"	=	9.7	"	Em. V =	12/5
"	X—	"	Soussous,	23	ans,	"	"	0.09	"	=	11.11	"	Em. V =	12/5
"	XI—	Femme	Fantis,	14	ans,	"	"	0.067	"	=	14.92	"	Em. V =	16/5
"	XII—	"	Apollonienne,	14	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V =	12/5
"	XIII—	"	Fantis,	13	ans,	"	"	0.065	"	=	15.38	"	Em. V =	15/5
"	XIV—	"	Accra,	15	ans,	"	"	0.072	"	=	13.88	"	Em. V =	11/5
"	XV—	"	Achantis,	22	ans,	"	"	0.084	"	=	11.9	"	Em. V =	9/5
"	XVI—	"	Achantis,	18	ans,	"	"	0.077	"	=	12.98	"	Em. V =	14/5
"	XVII—	"	Yorouba,	29	ans,	"	"	0.106	"	=	9.43	"	Em. V =	11/5
"	XVIII—	"	Ibos,	20	ans,	"	"	0.088	"	=	11.36	"	Em. V =	14/5
"	XIX—	"	Egbas,	22	ans,	"	"	0.08	"	=	12.5	"	Em. V =	15/5
"	XX—	"	Yorouba,	25	ans,	"	"	0.102	"	=	9.8	"	Em. V =	10/5
"	XXI—	Homme,	Minas,	23	ans,	"	"	0.085	"	=	11.76	"	Em. V =	14/5
"	XXII—	"	Minas,	23	ans,	"	"	0.08	"	=	12.5	"	Em. V =	17/5
"	XXIII—	"	Evhé,	25	ans,	"	"	0.087	"	=	11.49	"	Em. V =	16/5
"	XXIV—	"	Dagomba,	19	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V =	11/5
"	XXV—	"	Fons,	19	ans,	"	"	0.075	"	=	13.33	"	Em. V =	10/5
"	XXVI—	"	Bassa,	23	ans,	"	"	0.073	"	=	13.69	"	Em. V =	14/5
"	XXVII—	"	Malumba,	21	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V =	15/5
"	XXVIII—	"	Kumba,	24	ans,	"	"	0.082	"	=	12.19	"	Em. V =	13/5
"	XXIX—	"	Malumba,	21	ans,	"	"	0.074	"	=	13.51	"	Em. V =	10/5

"	XXX—	"	"	Bassa,	18	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V = 12/5
"	XXXI—	"	"	Loango,	16	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V = 10/5
"	XXXII—	"	"	Yacoma,	13	ans,	"	"	0.067	"	=	14.92	"	Em. V = 13/5
"	XXXIII—	"	"	Batétela,	16	ans,	"	"	0.065	"	=	15.38	"	Em. V = 10/5
"	XXXIV—	"	"	Azande,	15	ans,	"	"	0.075	"	=	13.33	"	Em. V = 12/5
"	XXXV—	"	"	Bangala,	16	ans,	"	"	0.075	"	=	13.33	"	Em. V = 11/5
"	XXXVI—	"	"	Yacoma,	15	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V = 15/5
"	XXXVII—	"	"	Basonge,	14	ans,	"	"	0.065	"	=	15.38	"	Em. V = 11/5
"	XXXVIII—	"	"	Bangala,	14	ans,	"	"	0.068	"	=	14.7	"	Em. V = 12/5
"	XXXIX—	"	"	Bakumu,	15	ans,	"	"	0.075	"	=	13.33	"	Em. V = 10/5
"	XL—	"	"	Basoko.	14	ans,	"	"	0.062	"	=	16.12	"	Em. V = 12/5
"	XLI—	Femme,	"	Baluba,	14	ans,	"	"	0.068	"	=	14.7	"	Em. V = 12/5
"	XLII—	"	"	Mongo,	18	ans,	"	"	0.074	"	=	13.51	"	Em. V = 11/5
"	XLIII—	"	"	Yacoma,	17	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V = 10/5
"	XLIV—	"	"	Basoko,	15	ans,	"	"	0.066	"	=	15.15	"	Em. V = 15/5
"	XLV—	"	"	Basoko,	20	ans,	"	"	0.08	"	=	12.5	"	Em. V = 17/5
"	XLVI—	"	"	Bangala,	14	ans,	"	"	0.06	"	=	16.66	"	Em. V = 10/5
"	XLVII—	"	"	Bapoto,	16	ans,	"	"	0.065	"	=	15.38	"	Em. V = 13/5
"	XLVIII—	"	"	Mongo,	16	ans,	"	"	0.068	"	=	14.7	"	Em. V = 12/5
"	XLIX—	"	"	Basoko,	19	ans,	"	"	0.07	"	=	14.28	"	Em. V = 14/5
"	L—	"	"	Loango,	15	ans,	"	"	0.063	"	=	15.87	"	Em. V = 11/5

Si nous comparons ces chiffres avec ceux que renferme le tableau de Donders, nous voyons jusqu'à quel point l'amplitude d'accommodation chez les noirs est supérieure à celle des blancs. Toutefois, nous nous hâtons de dire que la différence n'est pas aussi considérable qu'il est plus haut indiqué. Nous regrettons beaucoup avoir dû limiter nos expériences à une période de la vie qui variait entre treize à trente ans, car avant treize ans, nos sujets ne savaient pas suffisamment lire pour nous permettre d'arriver à des constatations précises, et après trente ans, il ne faut jamais trop se fier à l'âge qu'ils prétendent avoir. Interrogés sur leur naissance, les nègres souvent ne peuvent pas nous renseigner, ou nous disent qu'ils sont venus au monde un certain nombre d'années précédant ou suivant un fait historique de leur pays, et avant de conclure, nous sommes obligés de procéder nous-mêmes au calcul en autant que ce fait nous est connu. Nous le regrettons d'autant plus qu'il aurait été bien intéressant de savoir, après un grand nombre d'examen, quand la presbytie commence à se manifester chez ces indigènes. Cependant, si nous nous rapportons à notre petite statistique, vérifiée le plus rigoureusement possible, au point de vue de l'âge de nos sujets, nous sommes portés à croire que le début de cette vieillesse cristallinienne est chez eux un peu retardée. D'ailleurs la chose est très logique puisque leur accommodation est excellente et qu'ils ne présentent presque jamais d'hypermétropie à l'état latent. Ce fait mérite d'attirer l'attention, car suivant l'opinion de certains auteurs, entr'autres H. Campbell Highet (de Singapour) et J. Santos Fernandez (1) (de Cuba), qui

(1) J Santos Fernandez.—Influencia del clima de la Isla de Cuba en las enfermedades de los ojos—Cronica Medico-Quirurgica de la Habana, Sept. 1893.

La presbiopia en la Isla de Cuba.—Cronica Medico-Quirurgica de la Habana, Mayo, 1898.

ont fait des expériences chacun dans leur pays, l'apparition de la presbytie serait avancée aux tropiques de cinq à six ans, non-seulement chez les européens qui habitent cette zone depuis un certain temps, mais aussi chez les natifs. D'après eux, la température torride, produisant une faiblesse générale de l'organisme, et par le fait même une diminution du pouvoir d'accommodation, serait responsable de ce phénomène, tout en admettant aussi que le genre d'existence et l'alimentation de ces différents peuples pourraient avoir également quelque chose à faire.

Or, chez les nègres, il n'en est pas ainsi.

Toutefois, nous devons ajouter que la population de Singapour se compose d'un très grand nombre de nations dont l'élément jaune, représenté par les Chinois, les Japonais et les Malais, domine. Celle de Cuba est formée surtout d'Espagnols, de créoles, de Chinois et d'Américains, et les autres sujets qu'on y rencontre ont perdu pendant leur séjour en pays chaud, ou par le mélange de leur sang, une partie des caractéristiques de leur race originaire. Ces blancs et ces jaunes anémiés, souvent atteints de malaria, nés la plupart du temps de parents tarés, sont, à tous les points de vue, bien moins résistants que les noirs dont l'organisme a été façonné par un atavisme ancestral, à la vie sous les tropiques.

Lorsque nous avons fait nos travaux sur l'amplitude d'accommodation en Afrique, nous avons été frappés du résultat obtenu, en nous rapportant aux chiffres de Donders, et à notre retour au Canada, il nous est venu à l'idée de les contrôler. Ayant pratiqué un grand nombre d'examen dans les écoles des deux sexes, dans notre clientèle hospitalière et privée, chez des personnes d'origines différentes dont l'âge variat entre dix et soixante ans, nous sommes maintenant en mesure de dire que l'amplitude d'accommodation chez la race blanche est supérieure à celle indiquée dans le tableau de cet auteur. Nous avons poursuivi nos recherches en nous servant, encore cette fois, de l'échelle métrique de de Wecker, et cette méthode, consistant à faire lire le plus près possible, les plus fins caractères avec un oeil seulement, nous a permis de faire les constatations suivantes. De dix à quinze ans, et de cinquante à soixante ans, nous sommes arrivés relativement aux mêmes chiffres que notre confrère Hollandais; de quinze à vingt ans, nous avons trouvé une moyenne d'augmentation de pouvoir de une dioptrie; de vingt à trente ans, une moyenne de deux dioptries; de trente à quarante ans, une augmentation de trois dioptries; de quarante à quarante-cinq ans, deux dioptries; et enfin, de quarante-cinq à cinquante ans, une dioptrie. Nous n'avons pas besoin d'insister pour dire que nos conclusions sont le résultat d'expériences faites chez des emmétropes uniquement, puisque les myopes et les hypermétropes nous auraient donné respectivement des effets contraires à la table de Donders, qui est supposée représenter la physiologie de l'accommodation.

Si nous jetons à présent un rapide coup d'oeil d'ensemble sur la vision des individus appartenant aux différentes races du globe, nous voyons qu'elle varie très souvent même chez ceux qui ont une origine identique. Comme nous avons eu déjà l'occasion de l'é-

noncer dans un travail sur l'ozène donné au Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie, en mai 1914 (1): "Afin d'éviter les répétitions et surtout de nous tenir sur un terrain plus scientifique, au point de vue ethnique, nous diviserons les peuples en trois grandes familles: la blanche, la noire et la jaune. En effet, si nous examinons attentivement tout ce qui caractérise les Malais et les Peaux-Rouges, nous voyons que les êtres appartenant à ces deux races, ont pour ancêtres les Mongols. La pigmentation de leur peau, la forme de leurs paupières, le développement de leurs os malaires, l'aplatissement de la base de leur nez, la grosseur de leurs cheveux et leurs facies en général, sont des arguments en faveur de cette théorie. De plus, quelques tribus indiennes de l'Amérique du Sud se servent d'expressions qui ressemblent beaucoup à certains mots japonais, et le Mexique renferme des ruines avec des symboles qui sont des vestiges de temples bouddhiques".

Ce n'est pas notre intention de nous attarder à parler longuement des blancs, puisque leur faculté visuelle est trop bien connue pour devoir y insister outre mesure. Nous mettrons seulement en relief les faits les plus intéressants que nous n'avons pas encore exposés, et ce que nous avons observé lorsque leur sang est mélangé avec celui des nègres et des Mongols. Il est reconnu qu'en Europe les maladies de la réfraction dépendent des races et du degré d'instruction de ceux qui les composent. Si la nation germanique tient le haut de l'échelle pour la myopie, par exemple, les anglo-saxons surtout et les latins, avec leur culture si avancée et raffinée, en sont au contraire moins prédisposés. Nous avons fait la même constatation chez les jaunes de l'Asie et de leurs ramifications dispersées sur toutes les parties de la terre que nos nombreux voyages nous ont permis d'étudier sur place. La myopie, assez fréquente en Chine et au Japon, se rencontre presque exclusivement chez les lettrés, contrairement aux dires de certains auteurs qui ont voulu faire de cette affection une tare nationale, et l'hypermétropie existe encore un peu plus souvent. Quant aux Malais, aux Philippines, aux Hovas, aux Esquimaux, aux Lapons et aux Peaux-Rouges, ils sont comme les nègres presque tous

(1) J. N. Roy.—L'ozène chez les différentes races de la terre.—Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. Paris, août 1915.

emmétropes. C'est aussi l'opinion de Steiner pour la population de Java. (1)

En comparant notre statistique sur l'amétropie des mulâtres et des métis, nous venons à la conclusion que leurs yeux ont, à peu de chose près, les mêmes caractères. En effet, 75 pour 100 des cas de réfraction chez les mulâtres représentent de l'astigmatisme, et le tout pourrait être détaillé de la manière suivante: 50 p. 100 astigmatisme hypermétropique simple ou composé, 25 p. 100 astigmatisme myopique simple ou composé, 20 p. 100 hypermétropie et 5 p. 100 myopie. Le Dr. Jones (2) (de Newport-News, Virginie) arrive relativement au même résultat que nous, dans un travail sur la réfraction des métis, et donne les chiffres suivant sous une forme globale et analysée: 78 pour 100 de tous ses cas sont de l'astigmatisme; 51 p. 100 astigmatisme hypermétropique simple ou composé, 27 p. 100 astigmatisme myopique simple ou composé, 19 p. 100 hypermétropie, et 3 p. 100 myopie. Nous devons ajouter que le mot "indians" de sa communication se rapporte aux métis et non aux Peaux-Rouges, puisque de nos jours dans l'Amérique du Nord, ces derniers se rencontrent assez rarement à l'état pur. Pour pouvoir les étudier, il faut se rendre, comme nous l'avons fait, au Mexique, dans l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud.

Chez les mulâtres et les métis, nous n'avons jamais constaté d'astigmatisme mixte et irrégulier, et lorsque nous avons besoin de verres pour nos corrections, c'était généralement de petits numéros.

Certains auteurs ont émis l'opinion que la profondeur de l'orbite pouvait jouer un rôle sur le développement de l'axe antéro-postérieur de l'oeil, et par conséquent en modifier sa réfraction. Aux orbits allongées correspondraient des yeux myopes et aux courtes des hypermétropes. Ils croient de plus que les diamètres orbitaires sont en rapport avec la forme de la tête, et que l'orbite est d'autant plus profonde que le crâne est dolichocéphale, et inversement. Or, nous savons que, d'une manière générale, les jaunes sont plus ou moins brachycéphales, les blancs plutôt mésotécéphales, et que les noirs sont presque tous dolichocéphales. Nos études poursuivies chez les principales races de la terre nous permettent de dire que cette théorie est fautive. En dehors des anomalies de la réfraction qui sont sous

(1) L. Steiner. Coup d'oeil sur 3.104 cas de maladies des yeux chez les Malais. *Geneeskundig tydschrift voor Ned. Indie* XXXVI, 1.

(2) C. P. Jones.—A study of one hundred refraction cases in indians fresh from the plains.—*The journal of the American Medical Association*, July 25th, 1908.

la dépendance d'une courbure cristallinienne anormale, ou d'une inflammation qui a pour propriété de ramollir le segment postérieur du globe, et par conséquent de l'exposer à une modification de son diamètre antéro-postérieur, aucune règle n'existe pour expliquer les causes de l'amétropie, autre que l'hérédité directe dans certains cas où l'hérédité du terrain oculaire transmis par les ascendants. Ce terrain subit dans la vie l'influence de la fatigue des yeux, amenée par un travail délicat, une lésion cornéenne, un éclairage défectueux, et l'usage constant et prolongé d'objets imprimés avec de mauvais caractères. D'ailleurs si nous nous reportons aux mensurations orbitaires de Broca, nous voyons que les Hollandais, avec leurs cavités très peu profondes ont souvent de la myopie, et que les Esquimaux, avec leurs immenses orbites, sont presque tous emmétropés.

L'acuité visuelle des différents peuples, qui est naturellement sous la dépendance de la réfraction, est aussi proportionnée à leur développement intellectuel. En prenant la race blanche comme point de comparaison, nous voyons que les Chinois et les Japonais ont une vision à peu près semblable à la nôtre, et que de tous les jaunes, ils représentent ceux dont cette faculté est la moins bonne. Les Esquimaux et les Lapons, habitant des contrées septentrionales, viennent ensuite avec un pouvoir visuel légèrement supérieur à celui de leurs ancêtres; et les Phillippins, les Hovas, les Malais et les Peaux-Rouges ont des yeux encore meilleurs. Le climat chaud nous paraît avoir une influence sur le développement du pigment oculaire qui, chez les individus de même race, nés en divers endroits, est plus considérable dans les tropiques que dans les zones froides, et par le fait même, absorbe une certaine quantité de rayons lumineux et favorise la perception des objets. Il est bien entendu que nous faisons à l'intensité de la lumière la part qu'elle mérite.

En étudiant les métis et les mulâtres, au point de vue moral et physique, nous voyons qu'ils héritent du blanc non-seulement de tous ses défauts, mais aussi de son atavisme pathologique. De ses qualités, lorsqu'ils en possèdent, c'est l'exception, et encore sont-elles bien peu développées. Quant à leurs yeux, ils ne sont pas aussi bons que ceux des Peaux-Rouges et des nègres, et doivent plutôt être comparés aux nôtres.

Nous aurons peu de choses à dire sur l'amplitude d'accommodation des jaunes; cependant, cette fois encore — comme chez les blancs — ce pouvoir est supérieur aux chiffres indiqués par Donders. Aussi

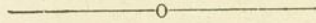
notre statistique chez ces deux races nous donne relativement le même résultat, et il en est de même pour les mulâtres et les métis.

En terminant, nous attirerons une dernière fois l'attention sur le merveilleux appareil visuel des nègres, comparé à celui des autres peuples qui vivent encore plus ou moins à l'état primitif, ou qui ont atteint le plus haut degré de civilisation. Après des recherches très attentives, nous sommes venus à la conclusion que plus les êtres humains s'élèvent dans l'échelle sociale, plus leur cerveau se développe au détriment de leurs organes des sens, et surtout de la vision et de l'audition qui peuvent être contrôlées d'une manière mathématique. Le genre de vie de ces derniers, où l'hygiène de la vue et de l'ouïe est forcément mise de côté par des lumières artificielles puissantes et des bruits nocifs variés, où les diathèses se transmettent de générations en générations, où l'alimentation considérable renferme trop de substances fermentescibles, où des excès en tous genres épuisent l'organisme, où enfin les besoins de l'instruction nécessitent des études très longues et fatigantes, est naturellement propice à influencer leur physique à leur désavantage. Au contraire, rien de tout cela chez les primitifs qui mènent une existence matérielle très simple, inspirée seulement par les besoins urgents de la nature, et qui n'ont aucune aspiration élevée. De tous ces êtres, les noirs sont, sans aucun doute, ceux qui représentent le dernier échelon de la civilisation, et leurs yeux, — ainsi que leurs oreilles — sont développées de telle sorte qu'ils possèdent le maximum de fonctions physiologiques qu'il est possible de rencontrer. Après eux viennent ensuite les jaunes qui habitent les îles de l'Océanie, ceux de l'Indo-Chine, les Peaux-Rouges du Mexique, de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud, les Lapons et les Esquimaux, et enfin les Chinois et les Japonais. Les blancs arrivent en dernier lieu avec une vision médiocre, comparée à celle des deux autres races, et encore est-elle beaucoup influencée, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, par leurs différents degrés d'instruction et l'hérédité de leurs ascendants.

Le pigment oculaire semble jouer un rôle dans la perception des objets, et nous croyons qu'il est, chez les nègres, un des agents importants qui expliquent leur excellente acuité visuelle, en absorbant une certaine quantité de rayons lumineux, et en neutralisant ceux qui sont réfléchis d'une manière irrégulière sur la rétine.

Avec la civilisation qui leur est apportée par les européens qui se sont partagés presque totalement l'Afrique, avec leur genre de

vie qui de ce fait est modifié, surtout au point de vue de l'absorption d'une plus grande quantité de viandes avariées, et de boissons alcooliques — car ils en fabriquent eux-mêmes — avec l'instruction qui leur est donnée au moyen d'écoles et d'ateliers, avec enfin en certains endroits, l'usage de la lumière artificielle, nous nous demandons pendant combien de temps encore les aborigènes de ce continent pourront conserver leur pouvoir visuel, de nos jours si parfait.



APRÈS LA GUERRE

Protestation des savants de Lille contre les actes de barbarie des allemands

ACADEMIE DE MEDECINE

29 Octobre 1918

M. A. Calmette, en son nom et en celui de MM. H. Parenty, Aimé Witz, Duret et Laguesse, représentant la presque unanimité de leurs collègues retenus à Lille pendant l'occupation allemande, adressent à l'Académie de Médecine la protestation suivante dans laquelle ils signalent les actes de violence et de barbarie accomplis à Lille sur les ordres de l'autorité militaire allemande pendant la durée de l'occupation.

“Monsieur le Secrétaire perpétuel de
l'Académie de Médecine

“Monsieur le Président et chers Collègues,

“Les plus hautes autorités morales auxquelles des hommes de science français puissent s'adresser sont les Académies.

“C'est pourquoi nous avons résolu de soumettre à votre appréciation quelques-uns des actes de l'autorité militaire allemande dont nous avons été pendant quatre longues années, en territoire français occupé, les témoins et les victimes.

“Il nous paraît que ces actes, actuellement ignorés ou mal connus, contraires non seulement au droit des gens, mais aux plus élémentaires sentiments d'humanité, doivent être publiquement flétris par les Sociétés savantes de toutes les nations civilisées.

“Nous ne voulons formuler aucune plainte contre les faits qui peuvent trouver une apparente justification, — ou même une excuse pour nos ennemis d'hier, — dans l'âpreté des combats ou dans les nécessités de l'attaque, comme dans celles de la défense.

“C'est au tribunal de l'Histoire qu'il appartiendra d'apprécier l'utilité militaire de la destruction méthodique de toutes nos usines et de leur matériel, de l'enlèvement de nos machines, du pillage de nos meubles, de nos matelas, de nos vêtements, de nos objets d'art, de nos ustensiles de ménage, de l'emprisonnement ou de la déportation d'une

multitude de nos concitoyes pour simple refus de travailler pour l'armée allemande.

“Mais il ne nous apparaît pas qu'on puisse excuser ou justifier des tortures cruellement et froidement infligées à toute une population sans défense, et nous estimons que ceux qui les ont ordonnées doivent être rendus moralement et civilement responsables. (*Très bien!*)

“Parmi ces tortures, dont la simple énumération remplirait un volume, nous voulons surtout retenir ici quelques-unes de celles qui ont le plus violemment soulevé l'indignation publique et la nôtre.

“La plus odieuse a été, pendant toute la semaine de Pâques 1918. l'enlèvement en masse d'environ 10.000 jeunes filles et jeunes femmes par le 64^e régiment d'infanterie poméranien.

“Successivement ou simultanément, tous les quartiers, toutes les rues de la ville de Lille, furent barrés dès 2 heures du matin par des soldats en armes, avec mitrailleuses dans les carrefours. Dans chaque maison, un officier ou sous-officier, accompagné de quelques hommes, pénétrait, examinait tous les habitants qu'il faisait réunir dans une des chambres ou dans un vestibule, et désignait ceux qui devaient partir. Les victimes avaient une heure pour préparer un paquet de vêtements. Un soldat, baïonnette au canon, venait alors les prendre. Il les conduisait à un lieu de rassemblement et, de là, à la gare. Elles furent ensuite réparties par groupes dans quelques localités des départements de l'Aisne, des Ardennes et de la Meuse et, sous la garde constante de soldats en armes, traitées comme du bétail, soumises, sans aucun ménagement, à l'impudique et ignominieuse visite sanitaire, contraintes à des travaux agricoles, profitant surtout à l'armée allemande qui s'appropriait la presque totalité des récoltes. Ni les prières des familles, ni les supplications et les larmes des mères, ni les réclamations adressées par la suite à l'autorité allemande, ne purent empêcher ou atténuer l'exécution des ordres donnés par le quartier-maître général *Zollner*. Ce général, dont le nom doit être voué à l'exécration des Peuples, fut l'inspirateur ou l'ordonnateur de presque toutes les persécutions cruelles subies par les malheureux habitants des territoires français occupés. Il fut d'ailleurs très activement secondé dans son oeuvre odieuse par un officier spécialement chargé des services de police et d'espionnage à Lille, le capitaine *Himmel* (alias libraire à Berlin) qui, pendant les quatre années de son séjour au milieu de nous, ne semble pas avoir poursuivi d'autre tâche que celle qui consistait à nous infliger les plus douloureuses tortures et les plus révoltantes humiliations.

“C'est ainsi que, sans le moindre égard pour nos personnes, ni pour nos institutions scientifiques, ni pour nos familles, nous avons été, à plusieurs reprises, l'objet de perquisitions domiciliaires aussi complètes et outrageantes qu'on peut les imaginer. Au cours de l'une de ces perquisitions, l'un de nous fut immobilisé pendant deux heures dans un coin de vestibule, gardé par un factionnaire en armes qui avait ordre de ne lui laisser faire aucun mouvement. Nos appareils scientifiques, nos machines, nos instruments, ne furent pas même respectés, et nos collègues de la Faculté Médecine ont été brutalement expulsés, en quelques heures, de leurs laboratoires, avec leurs collections, pour faire place à des bureaux. ,

“Un autre d'entre nous, sous le prétexte qu'il n'avait pas spontanément livré à la police militaire quelques appareils appartenant au service des manufactures de l'Etat français,—appareils dont l'intendance allemande lui avait d'ailleurs antérieurement laissé la garde,— a dû subir, pendant une semaine entière, des violences analogues et, après avoir été dépouillé de ses objets personnels les plus précieux, s'est vu frapper d'une amende de mille marks ou de cent jours d'emprisonnement.

“Et que dire des abominables traitements infligés, sous nos yeux, à tant de malheureux simplement suspects de ne pas avoir obéi avec assez d'emprisonnement aux ordres de l'autorité allemande? Que dire, surtout, de l'atroce cruauté avec laquelle presque tous nos enfants, de 14 à 18 ans, ont été arrachés à leurs familles et éloignés des écoles pour aller, en même temps qu'un grand nombre de vieillards de 60 à 65 ans, former, sur la ligne de feu, des bataillons de travailleurs? Roués de coups, affamés quand il se refusaient à obéir, on les obligeait à creuser des abris souterrains, à faire des routes, à transporter des munitions. Le nombre est immense de ces pauvres enfants et de ces pauvres vieux que nous n'avons plus revus, ou dont la santé est irrémédiablement compromise.

“Enfin, sous prétexte de représailles à exercer contre le Gouvernement français, parce que 72 fonctionnaires allemands d'Alsace-Lorraine étaient soi-disant indûment retenus en France, nous eûmes la douleur de voir emmener en captivité comme otages *mille* de nos concitoyens, dont 600 hommes et 400 femmes, choisis parmi les personnalités les plus marquantes ou les plus utiles de la région du Nord occupée: grands industriels, prêtres, doyens ou professeurs de nos Facultés, femmes de plusieurs d'entre nous, sans considération pour leur âge ni pour leur état de santé.

“Les 6 et 12 Janvier 1918, par un froid rigoureux de plein hiver, les hommes furent transportés en Pologne, les dames au camp d'internement d'Holzminden, dans le Brunswick.

“Après un voyage extrêmement pénible qui dura huit jours et huit nuits, en chemin de fer, nos malheureux concitoyens, épuisés de fatigue, furent répartis dans deux localités voisines de Wilna et soumis, d'abord, pendant quarante jours, à un régime dit “de reprèsailles”. Ils eurent à supporter les plus atroces souffrances. Entassés dans une sorte de grange, couchant tout habillés sur des paillasses de fibre de bois superposées en trois étages, si étroites et si rapprochées qu'il leur était impossible de se retourner ou de s'asseoir, astreints pendant le jour aux travaux les plus pénibles et les plus dégradants, dévorés de vermine, privés d'eau potable, n'ayant pour toute nourriture qu'une soupe de choux-raves ou d'orges, privés de tout envoi de France et de toute correspondance avec leur famille, sans médecins, sans médicaments, ils n'avaient aucune possibilité de se plaindre car l'officier qui les surveillait avait une âme de bourreau. 25 d'entre eux moururent dès les premières semaines, entre autres le professeur Buisine, directeur de l'Institut de chimie de la Faculté des Sciences de Lille. Cet infortuné collègue, âgé de 62 ans, souffrait depuis longtemps d'intermittences cardiaques et d'un rétrécissement de l'oesophage. Sa femme crut devoir attirer sur son état l'attention du médecin-major allemand qui examinait les partants.

Ce médecin-major (Dr Krug) répondit: “Madame, ça n'est pas contagieux pour l'armée allemande”.

“Nos malheureuses compagnes, transportées à Holzminden, n'eurent pas beaucoup moins à souffrir de l'atroce cruauté allemande. Elles durent faire, d'abord, en pleine nuit, dans la neige, à pied, le trajet de 3 kilomètres qui sépare la gare du camp d'internement. Ensuite, on les enferma pendant deux jours, sans feu, sans couvertures, dans une baraque commune où elles durent coucher, tout habillées, sur des paillasses de fibre de bois. On leur fit sibir une fouille complète après les avoir déshabillées et on les répartit finalement, par groupes, dans des chambrées étroites garnies de lits de camp superposés en étagères, sans autre meuble que des petits banc de bois. Elles durent vivre ainsi dans les conditions hygiéniques, matérielles et morales les plus pénibles, pendant plus de six mois, astreintes, comme des condamnés de droit commun, à des appels quotidiens et à des revues de détail, privées de toute possibilité de correspondre avec leurs maris ou leurs enfants restés en France occupée.

“Peut-on concevoir qu'en notre siècle, les dirigeants d'un peuple prétendument civilisé accomplissent des actes aussi honteux, aussi féroce-ment cruels, sans la moindre appréhension du jugement des autres peuples ?

“Comment nous serait-il possible d'oublier ou de pardonner toutes ces horreurs ?

“Ceux qui, dans la France restée libre, n'en ont pas souffert, ne peuvent pas comprendre les raisons profondes de notre ressentiment. Certains admettraient volontiers que le peuple allemand n'est pas responsable de l'infamie des chefs de son Armée. Nous voudrions que cela fût vrai. Mais quand on a vu, comme nous, l'empressement le zèle même avec lesquels de tout jeunes et de vieux soldats de la Landsturm, ou des officiers qui ne sont pas des militaires professionnels, des médecins par exemple, accomplissent les actes les plus odieux sans un mot d'excuse, de regret ou de pitié, on est bien obligé de reconnaître que, d'une manière générale, et sauf de trop rares exceptions, le cœur allemand est inaccessible aux sentiments nobles, généreux ou simplement humains.

“Les dirigeants de la politique allemande ont voulu cette guerre, mais le Peuple en armes l'a approuvée et l'a résolument poursuivie avec les moyens les plus féroce-ment cruels, sans scrupules de conscience, sans sursauts d'indignation. Ce peuple, qui méritait l'estime du monde pour son activité laborieuse autant que pour l'œuvre de progrès intellectuel et social accomplie par ses savants, ses philosophes, ses musiciens, ses poètes, ne peut plus inspirer que des sentiments de dégoût et d'effroi pour les Crimes dont il s'est rendu coupable.

“Aussi, sommes-nous résolus, pour notre part, à ne collaborer désormais à aucune publication allemande, à ne participer à aucune réunion scientifique, à aucun congrès international, aux côtés de collègues allemands qui n'auraient point préalablement marqué, par une manifestation publique, leur désapprobation des actes anti-sociaux accomplis à l'occasion ou au cours de cette guerre par leur Gouvernement.

“Nous demandons à nos collègues des cinq Académies de l'Institut de France, de l'Académie de Médecine et de l'Académie d'Agriculture, de vouloir bien se solidariser avec nous, individuellement ou collectivement, dans l'expression de cette volonté. Nous les prions d'inviter les Sociétés savantes de toutes les Nations civilisées du monde à accueillir notre protestation et à l'enregistrer dans leurs actes.”

Les membres et correspondants de l'Institut, de l'Académie de Médecine et de l'Académie d'Agriculture retenus à Lille pendant l'occupation allemande :

	Dr A. CALMETTE, Correspondant de l'Académie des Sciences, Membre associé de l'Académie de Médecine.
H. PARENTY, Correspondant de l'Institut Académie des Sciences.	G. LAGUESSE, Correspondant de l'Académie de Médecine.
Dr DURET, Membre affilié de l'Académie de Médecine	AIME WITZ, Correspondant de l'Académie des Sciences.

A la suite de la lecture de cette protestation, l'Académie décide d'en renvoyer l'examen immédiat à une commission composée de MM. Quénu, Letulle, Pinard, Laveran et Dupré.

Quelques instants plus tard, M. Dupré, au nom de la Commission, donne connaissance du rapport suivant, qui a adopté à l'unanimité par l'Académie :

“L'Académie de Médecine, émue de la lecture de la Protestation de ses collègues Lillois et indignée au récit de tels crimes, déclare se solidariser avec les signataires. Comme eux, elle est décidée : “à ne collaborer, désormais, à aucune publication allemande, à ne participer à aucune réunion scientifique, à aucun congrès international aux côtés de collègues allemands qui n'auraient point, préalablement, marqué par une manifestation publique la désapprobation des actes anti-sociaux accomplis au cours de cette guerre par leur Gouvernement.”

“L'Académie, admirant la fermeté, d'âmes des victimes, leur adresse son salut fraternel et flétrit leurs bourreaux.”

NOTE:—Qu'on ne vienne plus nous dire que le peuple allemand ne voulait pas cette guerre et n'est pas responsable des meurtres innombrables dont ses soldats se sont rendus coupables.

EXTRAIT

Sur l'ambition

L'ambition montre à celui qu'elle aveugle, pour termes de ses poursuites, un état florissant où il n'aura plus rien à désirer, parce que ses vœux seront accomplis, qu'il goûtera le plaisir le plus doux pour lui et dont il est le plus sensiblement touché; savoir, de dominer, d'ordonner, d'être l'arbitre des affaires et le dispensateur des grâces, de briller dans un ministère, dans une dignité excitante; d'y recevoir l'encens du public et ses soumissions; de s'y faire craindre, honorer, respecter.

Tout cela rassemblée dans un point de vue, lui trace l'idée la plus agréable et peint à son imagination l'objet le plus conforme aux vœux de son cœur; mais dans le fond, ce n'est qu'une idée, et voici ce qu'il y a de plus réel; c'est que, pour atteindre jusque là, il y a une route à tenir, pleine d'épines et de difficultés: mais de quelles épines et de quelles difficultés! C'est que, pour parvenir à cet état où l'ambition se figure tant d'agrémens, il faut prendre mille mesures toutes également gênantes, et toutes contraires à ces inclinations; qu'il faut se miner de réflexion et d'étude; rouler pensées sur pensées, desseins sur desseins, compter toutes ses paroles, composer toutes ses démarches; avoir une attention perpétuelle et sans relâche, soit sur soi-même, soit sur les autres. C'est que, pour contenter une seule passion, qui est de s'élever à cet état, il faut s'exposer à devenir la proie de toutes ses passions; car y en a-t-il une en nous que l'ambition ne suscite contre nous?

Et n'est-ce pas elle qui, selon ses différentes conjonctures et ses divers sentiments dont elle est émise, tantôt nous aigrit des dépités les plus amers, tantôt nous envenime des plus mortelles minutes, tantôt nous enflamme des plus violentes colères, tantôt nous accable des plus profondes tristesses, tantôt nous dessèche des mélancolies les plus noires, tantôt nous dévore des plus cruelles jalousies, qui fait souffrir à une âme comme une espèce d'enfer, et qui la déchire par mille bourreaux intérieurs et domestiques? C'est que, pour se pousser à cet état et pour se faire jour au travers de tous les obstacles qui nous ferment les avenues, il faut entrer en guerre avec des compétiteurs qui y prétendent aussi bien que nous, qui nous

éclairent dans nos intrigues, qui nous dérangent dans nos projets, qui nous arrêtent dans nos voies; pour qu'il faut opposer crédit à crédit, patron à patron, et pour cela s'assujettir aux plus ennuyeuses assiduités, essayer mille rébut, digérer mille dégoûts, se donner mille mouvements, n'être plus à soi, et vivre le tourment et sa confusion. C'est que, dans l'attente de cet état, où l'on n'arrive pas tout d'un coup, il faut supporter des retardements capables non seulement d'exercer, mais d'épuiser toute la patience; que durant de longues années, il faut languir dans l'incertitude du succès, toujours flottant entre l'espérance et la crainte, et souvent, après des délais presque infinis, ayant encore l'affreux déboire de voir toutes ses prétentions échouer, et ne remportant, pour récompense de tant de pas malheureusement perdus, que la rage dans le coeur et la honte devant les hommes.

Je dis plus: c'est que cet état, si l'on est enfin assez heureux pour s'y ingérer, bien loin de mettre des bornes à l'ambition et d'en éteindre le feu ne sert, au contraire, qu'à la piquer davantage et qu'à l'allumer; que d'un degré on tend bientôt un autre, tellement qu'il n'y a rien où l'on ne se porte, ni rien où l'on se fixe; rien que l'on ne veuille avoir ni rien dont on ne jouisse; que ce n'est qu'une perpétuelle succession de vues, de désirs, entreprises, et, par une suite nécessaire, qu'un perpétuel tourment.

(Bourdaloie—Sermons).

BIBLIOGRAPHIE

Gun-shot fractures of the extremities

par Joseph A. Blake, Lieutenant-Colonel, Medical Corps, U. S. A. 1 volume de 150 pages avec 40 figures originales (Masson et Cie, Editeurs, 120, Bd St-Germain, Paris). 4 fr.

Majoration en sus 10%

La librairie Masson et Cie, de Paris, publie presque simultanément deux volumes, l'un en français, l'autre en anglais sur le traitement des fractures de guerre par les méthodes de suspension anglo-américaines. Le premier est signé de MM. Desfosses et Robert. Le second, qui paraît aujourd'hui, est l'oeuvre du lieutenant-colonel Blake de l'armée américaine.

C'est un livre tout à fait personnel dans lequel l'auteur expose en détail la méthode de traitement des fractures des membres à laquelle il a donné son nom. Il y décrit ses appareils, ses procédés de traitement et, d'une manière générale, l'expérience qu'il a acquise pendant la guerre dans un hôpital spécialisé pour le traitement des fractures.

C'est à juste titre qu'on a qualifié d'*anglo-américaine* la méthode de suspension dans le traitement des fractures. Elle n'avait jamais été appliquée avec rigueur et systématiquement sur l'ancien continent, quand elle n'était pas entièrement inconnue.

Mais c'est cependant sur ce continent que la guerre, par une expérience sans précédent, a permis d'appliquer en grand ce mode de traitement et l'a conduit à un degré de perfection encore inconnu.

Le docteur Blake, qui a été l'un de ses promoteurs, était tout désigné pour le faire connaître et ce rapide volume, publié en anglais à Paris chez un éditeur parisien sera bien accueilli non seulement par les chirurgiens américains et britanniques, mais encore par tous leurs camarades des nations alliées.

SILHOUETTES DE GOUVERNEURS

Dr ALEXANDRE SAINT-PIERRE

Montréal

Né aux Trois-Rivières en juin 1874.

Fils de M. Antoine Saint-Pierre et Sévérine Bettez.

Etudes classiques au Séminaire St-Joseph, Trois-Rivières. Bachelier ès Arts.

Diplômé de l'Université Laval de Montréal, avec distinction, 1901.

Interne à l'Hôpital Notre-Dame, 1901-1903.

Exercé aux Trois-Rivières, 1903-1906.

Marié à Blanche Barsalou, 1905.

Etudié chirurgie à Paris, 1906-1908.

Prosecteur à la Faculté de Médecine Laval de Montréal, 1908-1911.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Montréal, depuis 1909.

Assistant professeur de clinique chirurgicale, (1911). Chef de service.

Professeur titulaire d'Histoire à l'Université Laval depuis 1915.

Chirurgien des Révérendes Soeurs de la Providence et de plusieurs autres communautés religieuses.

Président actuel de la Société Médicale de Montréal.

Président de l'Union Catholique, 1914.

Membre de la direction scientifique de l'Union Médicale.

Membre de l'association internationale d'urologie.

Professeur à l'Art dentaire, Faculté de l'Université Laval.

Professeur à l'École d'Enseignement Supérieur pour les jeunes filles.

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens depuis 1914.



Dr JOHN-A. MACDONALD

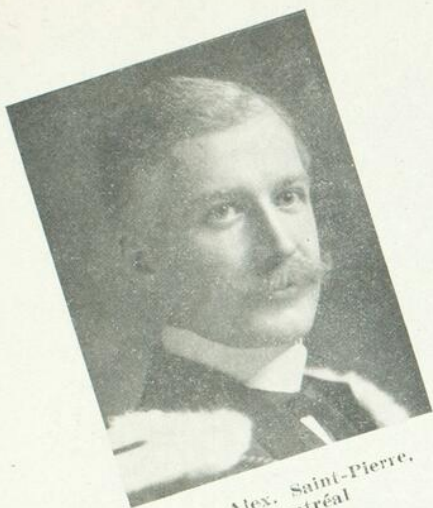
Montréal

Né à l'île du Prince-Edouard.

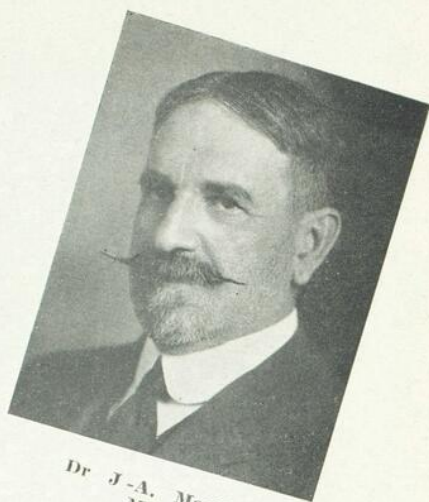
Fils de William MacDonald.

A étudié à St-Dunstan's College, (Charlottetown, P.E.).

M. D. McGill 1880.



Dr Alex. Saint-Pierre,
Montréal



Dr J-A. MacDonald,
Montréal



Dr L-E-A. Parrot,
M. P. P., Fraserville.



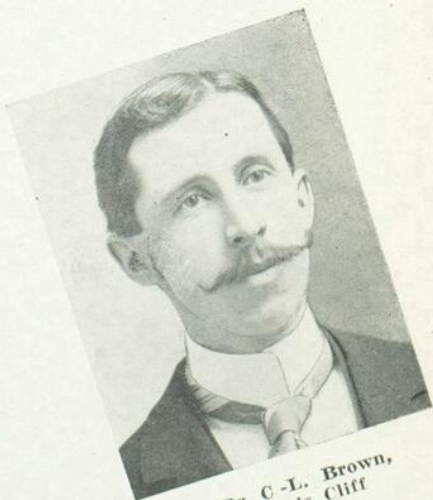
Dr Eug. Lacerte,
Thetford-Mines



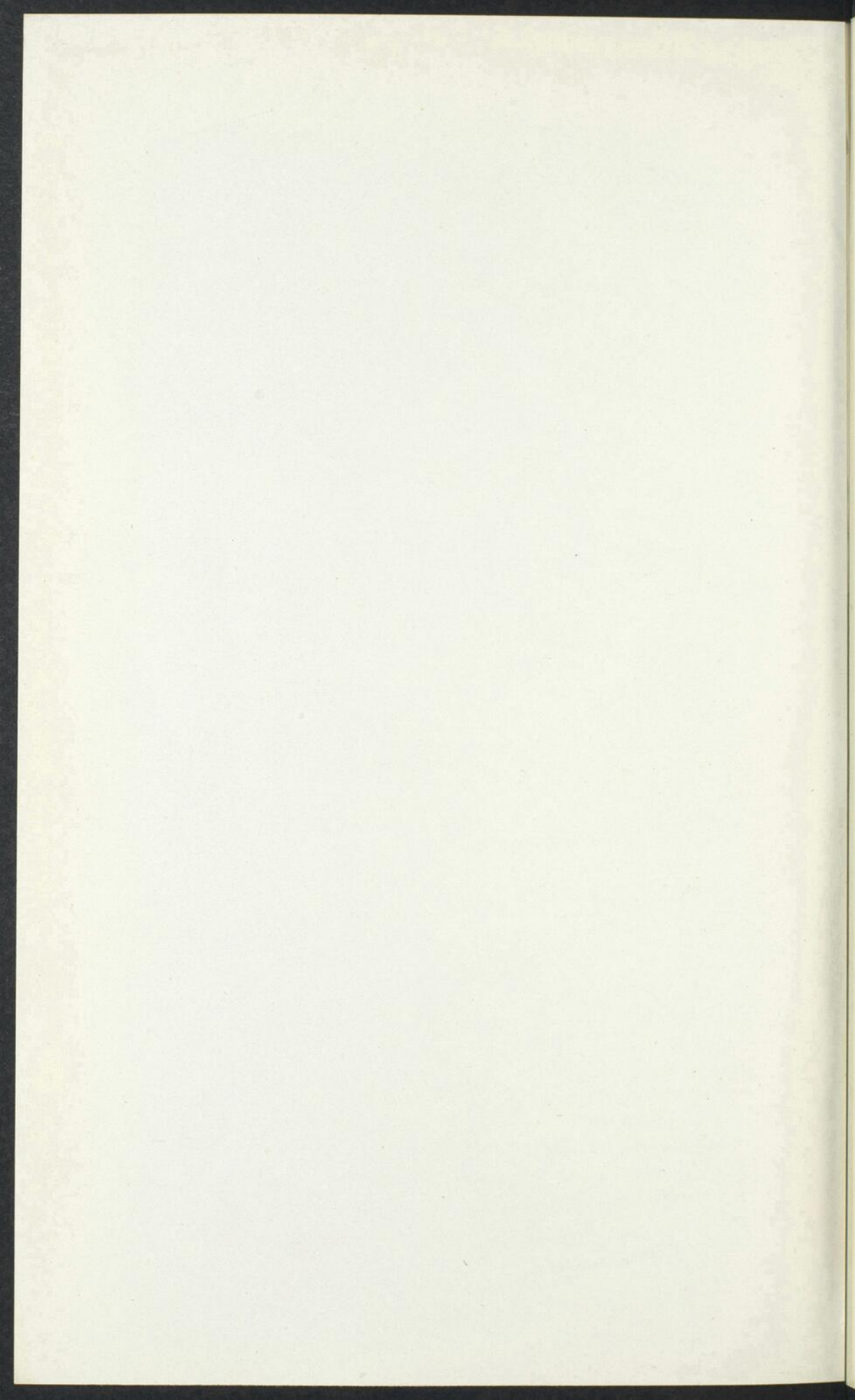
Dr J-M. Longtin,
Laprairie



Dr Arthur Jarry,
Montréal



Dr C-L. Brown,
Ayer's Cliff



A toujours exercé à Montréal depuis 1883.

Marié en 1889.

Gouverneur du Collège des médecins depuis 1889. *C'est le doyen des Gouverneurs.*

Il fut Secrétaire du Bureau pour le district de Montréal de 1898 à 1909.

Dr L.-E.-A. PARROT

Fraserville

Né à Ste-Emélie, (Lotbinière).

Fils de L.-F. Parrot.

A étudié au Séminaire de Québec.

M. D. Laval.

A étudié un an en Europe.

A exercé à St-Jean Deschailons de 1897 à 1906. En Europe de 1906-1907. A Fraserville depuis 1907.

Marié à Antoinette de Villiers en 1897. Père de deux enfants.

Député du comté de Témiscouata depuis mai 1916.

Membre de l'Assemblée Législative pour le comté de Témiscouata.

Médecin du Bureau de santé de la Ville de Fraserville depuis 1910.

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1918.

Dr EUGENE LACERTE

Né à Lévis, 1er septembre 1875.

Thetford-Mines

Fils de M. N. Lacerte, M.D. et Laure Pouliot de Fraserville.

A étudié au Collège de Lévis.

M. D. Laval, Québec, 1889.

A étudié deux ans en Europe.

A exercé à Québec et à Thetford-Mines depuis 1903.

En 1900, Marié à Louise Roy, fille de feu le Dr S. Roy, de St-Jean-Port-Joli, décédée en 1917. Père de sept enfants.

Maire de la ville de Thetford-Mines 1911-1913.

Il fut l'un des fondateurs de l'hôpital de Thetford-Mines, de la Société Médicale de Thetford-Mines.

Médecin au bureau de Santé. A réorganisé le service d'hygiène de Thetford-Mines.

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1918.

Dr J.-M. LONGTIN

Laprairie

Né à Laprairie.

Fils du Dr S.-A. Longtin.

M. D. Laval.

A étudié trois ans en Europe.

A toujours exercé à Laprairie depuis 1907.

Maire de la ville de Laprairie depuis 1912.

Président de la Commission Scolaire de la même municipalité.

Cours du Dr Mendel, à Paris, pour injection intra-trachicales.
Spécialisé surtout dans le traitement des affections pulmonaires.

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec depuis septembre 1910.

Dr ARTHUR JARRY

Montréal

Né à St-Laurent.

Fils de M. S. Jarry.

A étudié au Collège de St-Laurent et à Ste-Thérèse de Blainville.

M. D. Laval 1906.

A étudié au New York Post Graduate avec les professeurs R. Abrahams et Halsey.

A toujours exercé à Montréal.

Marié à Jeanne Boudreault, en 1907. Père de deux enfants.

Directeur Médical de l'Institut Bruchési.

Assistant au cours de phthiothérapie à Laval. (Fondation Richard).

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1918.

Dr C.-L. BROWN

Ayer's Cliff

Né à Montréal.

Fils de M. Robert Brown.

Etudes à "Huntingdon Academy".

M. D. McGill, 1897.

A exercé à Ayer's Cliff depuis 1897.

Marié à Annie Helen Sampson en 1901. Père de trois enfants.

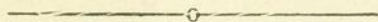
B. A. McGill 1893.

M.D.C.M. McGill, 1897.

Capt. A. M. C.

Conseiller et Commissaire d'école.

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1918.



L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANÇAISE
AU CANADA

FONDEE EN 1872

TOME XLVII

Ont collaboré à ce volume :

MM. Baril, Beaudoin, Bohémier, Boulet, Brunet, Champagne, Daviault,
Denis, Dérome, Deslauriers, Dubé, Fortier, Fournier, Gauvreau,
Gérin-Lajole, Hamel, Harwood, Hêlle, Jarry, Knopf, Laberge,
Laferrière, Lalonde, Laramée, Laurendeau, Lebel, Leblanc,
LeSage, Malouf, McIntosh, Nadeau, Olivier, Prud'homme,
Paquin, Rhéaume, St-Pierre, Simard, Vallée,
Villeneuve, Yergeau.

1918

Publié par

MM. LES DOCTEURS

- R. Boulet**, Officier de l'Instruction Publique (France). Professeur suppléant à la clinique d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. Médecin en chef de l'Institut Ophtalmique. Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- J. E. Dubé**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur de Phtiothérapie. Directeur de l'Institut Bruchési. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- L. de L. Harwood**, Professeur de gynécologie. Surintendant de l'Hôpital Notre-Dame. Doyen de la Faculté de Médecine Laval à Montréal.
- A. LeSage**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur de Pathologie Interne. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame. Directeur de l'Union Médicale du Canada.
- A. Marien**, Professeur de clinique chirurgicale. Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

L'Union Médicale du Canada paraît chaque mois par fascicule de 52 pages, formant, chaque année, un volume de 644 pages environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'"Union Postale" (Etranger)	2.50
Etudiants	1.00

Payable d'avance par Mandat-poste ou autrement.

Le fascicule 0.25 cts.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé **franco** à M. le Docteur LeSage, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé **franco** à M. T Valiquette, Comptable, 2734 rue Christophe Colomb, à Montréal, ou Boîte Postale No 3026.

Table alphabétique des matières 1918

	PAGES	
A		
<i>Albumine</i> — sur la recherche	157	<i>Dérome</i> — Critiques des objections au projet de réformes médico-légales du Jeune Barreau
<i>Alcoolisme</i> — ce que l'on en pense	48	4
<i>Aliénation mentale</i> , récidive 1.	53	<i>Autopsies de grippe</i>
<i>Ambition</i>	613	587
<i>Anaphylaxie</i> et méningite cérébro-spinale	20	<i>Deslauriers</i> — Equivalents psychiques de l'épilepsie jacksonnienne
<i>Appendicite chronique</i> — son diagnostic par la radiologie	244	136
<i>Association Médico-Chirurgicale</i> du district de Joliette..	361	<i>Diabète</i> — Symptômes, variétés et traitement
<i>Atrocités allemandes</i>	607	304
B		
<i>Baril</i> — la recherche de l'albumine	157	<i>Dubé</i> — historique et description de la crise d'épilepsie jacksonnienne
—Nécrologie du Dr Falardeau	530	119
<i>Beaudoin</i> — l'infirmière hygiéniste	430	<i>Epilepsie Jacksonnienne</i> — historique — la crise
<i>Benoît</i> — considérations cliniques de la grippe de 1918.	572	119
<i>Bohémier</i> — mécanisme de la crise d'épilepsie — anatomo-physiologie et pathologie — phénomènes consécutifs..	126	<i>Epilepsie Jacksonnienne</i> — mécanisme de la crise — étiologie anatomo physiologie et pathologie — phénomènes consécutifs
— l'immunité en général	493	126
<i>Boulet</i> — allocution aux membres du Collège des médecins et chirurgiens P. Q.	509	<i>Epilepsie Jacksonnienne</i> —équivalents psychiques, étiologie et diagnostic
<i>Brunet</i> — Symptômes — variétés et traitement du diabète	304	136, 143
C		
<i>Champagne</i> — Étiologie, troubles viscéraux et anatomie—pathologie du Tabès	290	F
<i>Cinéma et Criminalité</i>	100	<i>Falardeau</i> — Nécrologie
<i>Chirurgie à la guerre</i>	59	530
<i>Coeur</i> — aptitude fonctionnelle chez le soldat..	298	<i>Fortier</i> — Allocution
<i>Collège des Médecins et Chiruriers P. Q.</i> — une revue 1914-1918	366	213
<i>Collège des Médecins</i> de P. Q. —le nouveau Bureau élu	571	—Nécrologie du Prof. E.-P. Lachapelle
D		
<i>Daviault</i> — anatomo-physiologie et étiologie des paralysies radiculaires du plexus brachial	317	452
		<i>Fournier</i> — Diagnostic et traitement général de la syphilis
		105
		—Quelques observations recueillies au dispensaire de chirurgie
		209
G		
		<i>Goutte aiguë</i> — Etude synthétique
		348
		<i>Goutte chronique</i> — Etude synthétique
		353
		<i>Gauvreau</i> —La question de l'alcoolisme
		48
		—L'alcool en thérapeutique
		201
		—La leçon de nos morts
		521
		—Nécrologie du prof. Catellier
		86
		<i>Gérin-Lajoie</i> — historique des recherches de la rage
		536
		—Quelques considérations sur la grippe de 1918
		572
		<i>Grippe</i> de 1918

H

- Hamel* — troubles de la sensibilité et de la mobilité dans le Tabès dorsal 278
Harwood — Kyste de l'ovaire consécutif à une grossesse molaire 151
Hélic — le rétrécissement mitral pur 236
Hôpital Laval à Troyes 314
Hôpital Notre-Dame — rapport de l'année 1917 206
 — Souscription publique de 1918 317
Hygiène des bains publics 171

J

- Jarry* — L'organisation anti-tuberculeuse du district de Montréal 380

K

- Knopf* — La pneumonie chez les soldats 469

L

- Laberge* — Hygiène des bains publics 171
 — Diagnostic des maladies contagieuses 417
La France et les sciences médicales 385
Laferrière — symptomatologie des paralysies radiculaires du plexus brachial 328
Lalonde — La goutte chronique — symptômes pronostic et traitement 353
La Grippe — symptômes 550
 — Traitement 559
La rage — historique des recherches de Pasteur 536
Laramée — diagnostic, pronostic et traitement des paralysies radiculaires du plexus brachial 338
Le beau temps — Essai 313
Lebel — Nécrologie du Dr Farlardeau 530
Leblanc — Etiologie et diagnostic des équivalents psychiques de l'épilepsie Jacksonnienne 143
Le peuple français — Extrait de Bona 518
Le prodige — poésie 468

- Le professeur E.-P. Lachapelle* — Nécrologie 452
Le professeur Louis de Lotbinière Harwood — Doyen de la Faculté de Médecine 463
LeSage — l'élection du Doyen, le professeur L. de L. Harwood 463
 — la mort d'Alphonse Mercier 526
 — A mes étudiants décédés 534
 — Nos décorés 535
 — La Grippe de 1918
LeSage, Jean — Essai sur le beau temps 313
Les Pestiférés de Jaffa 413
L'immunité en général 493
L'infirmerie hygiéniste 430
Lithiase rénale aseptique 218
Lunettes et faiblesse de la vue chez les écoliers 113

M

- Maladies contagieuses* — diagnostic 417
Mâlouf — Les jeunes élèves qui souffrent de faiblesse doivent-ils porter des lunettes 113
McIntosh — la lithiase rénale aseptique 218
Mercier, Alphonse — Nécrologie 526
Méningite cérébro-spinale — traitement 17

N

- Nadeau* — Nous mangeons trop 267
Nécrologie du prof. Villeneuve 83
Nécrologie du Dr Jeannotte 415
Nécrologie du Prof. E. P. Lachapelle 452
Nécrologie du Prof. Alphonse Mercier 526
Nomination de MM. Fortier, Parizeau et Bernier 153
Néphroptose 65
Nos morts — dernière solitude 525
Nous mangeons trop 267

O

- Olivier* — traitement de la méningite cérébro-spinale, étude des accidents séro-anaphylaxiques 17

P

- Paquin* — Paralysie par myé-
 lomacrie syphilitique 74
Phtisiophobes et phtisiomanes 256

Bulletin
 Saint-Sulpice

<i>Plexus brachial</i> — anatomo, physiologie et étiologie des paralysies radiculaires .. .	318
— Symptomatologie .. .	328
— Dignostic, pronostic et traitement .. .	338
<i>Pneumonie</i> chez les soldats ..	469
<i>Poésies</i> — quest-ce que la poésie .. .	
— le fils du Titien .. .	519
— le délai légal .. .	520
<i>Poliomyélite</i> — étude clinique et anatomo-physiologique ..	29
<i>Prud'homme</i> — de la néphropose .. .	65

R

<i>Radiologie de la tuberculose</i> au début .. .	197
<i>Réformes médico-légales</i> du Jeune Barreau de Montréal ..	4
<i>Rétrécissement mitral pur</i> , 179, 236	
<i>Rhœume</i> — Chirurgie à la guerre .. .	59
<i>Roy</i> — de la vision chez les noirs d'Afrique .. .	592

S

<i>St-Pierre</i> — discours d'ouverture à la Société médicale ..	93
<i>Silhouettes</i> des gouverneurs ..	568
<i>Simard</i> — une revue, de 1914-1918 .. .	366
<i>Société Médicale de Montréal</i> , 151	
<i>Syphilis</i> — Diagnostic et traitement général .. .	105
<i>Syphilis en France</i> après deux ans de guerre .. .	42
<i>Stéthoscope</i> — un modèle utile ..	364

T

<i>Tabès</i> — étiologie — troubles viscéraux et anatomie pathologique .. .	290
---	-----

<i>Tabès dorsal</i> — troubles de la motilité et de la sensibilité ..	278
<i>Tuberculose au début</i> et radiologie .. .	197
<i>Tuberculose</i> et immigration ..	504
<i>Tuberculose incipiente</i> .. .	226
<i>Tuberculose</i> — L'organisation anti-tuberculeuse du district de Montréal .. .	380
<i>Tuberculeux pleuro-pulmonaires</i> et leur aptitude au service militaire .. .	188

V

<i>Vallée</i> — La goutte aiguë ..	348
<i>Végétations adénoïdes</i> du nourrisson .. .	97
<i>Villeneuve</i> — de la récidive en aliénation mentale .. .	53
<i>Villeneuve</i> — Nécrologie .. .	63
<i>Vision</i> chez les noirs d'Afrique ..	592

Y

<i>Yergeau</i> — Poliomyélite—Etude des lésions anatomiques, de l'infection et de l'immunité .. .	29
---	----

BIBLIOGRAPHIE

<i>Formulaire des médications nouvelles</i> pour 1918 (librairie Baillière et fils .. .	155
<i>La gangrène gazeuse</i> (librairie Alcan) .. .	155
<i>Les fractures de guerre</i> du maxillaire inférieur (librairie Alcan) .. .	154
<i>Le rôle mondial du médecin militaire</i> (librairie Alcan ..	363
— Annuaire général des médecins de langue française des trois Amériques et dépendances .. .	102
— Chirurgie de guerre .. .	103
<i>Gun-Shot</i> .. .	615



UNION MÉDICALE
DU CANADA