

Le Journal de Medecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES:

- Enseignement Médical en France et en Allemagne. — Prof. St-Jacques. 321
- Le Rétrécissement mitral pur. — Prof. Debove 329
- Symptômes décelant une lésion du faisceau pyramidal. — Prof. Babinski. 332

- NOTES THERAPEUTIQUES. — Prof. Fortier 334
- Traitement de la Rougeole. — de la néphrite syphilitique, — de l'anémie pernicieuse, — de la pneumonie avec ictère.

- PROGRES DES SCIENCES MEDICALES. 336
- La sténose pylorique des nourrissons. — Le pronostic du diabète.

L'Antitoxine par excellence

Le récipient-seringue le plus commode.

Sérum antidiphthérique (P.D. & Cie.)—L'antitoxine favorite de la profession médicale depuis seize ans.

Globulins antidiphthériques (P.D. & Cie.) — Globulins de Sérum Antidiphthérique. Plus concentré que le sérum ordinaire ; dose moins élevée, même prix.

Les Globulins et le Serum Antidiphthérique

de PARKE, DAVIS & Cie

sont manufacturés d'après les méthodes les plus récentes et les plus perfectionnées. Toutes les précautions, recommandées par la science bactériologique, sont prises pour assurer leur pureté, leur efficacité et leur uniformité. Ils sont rigoureusement titrés, essayés et réessayés. Ils sont délivrés dans des récipients-seringues perfectionnés—un récipient-seringue des plus sûrs et des plus commodes.

500, 1,000, 2,000, 3,000, 4,000 et 5,000 unités.

Nous protégeons à la fois le médecin et le pharmacien contre toute perte, en donnant en échange un produit frais contre un sérum vieilli et intacte.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué



**HÉMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue

Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{ie}

Seuls Agents pour le Canada ROUGIER et FIERES (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

Enseignement Médical En France et en Allemagne

L'ORGANISATION UNIVERSITAIRE (1)

Par le Dr Eugène Saint-Jacques

*Prof.-adjoint de clinique chirurgicale à l'Université Laval
et Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.*

Messieurs,

Trois choses surtout frappent le voyageur qui parcourt l'Allemagne et davantage encore celui qui a résidé pour quelque temps en pays transrhénans :

L'omniprésence de l'élément militaire ;

Les forêts de cheminées attestant une activité industrielle sans cesse grandissante, — et troisièmement ;

Ce que nous aurions dû probablement signaler tout d'abord ;

L'importance qu'occupe la vie universitaire dans la vie nationale.

Examine-t-on la disposition géographique des universités, qu'on les aperçoit se détachant comme autant de phares — 22 — distribués par l'immensité des pays allemands, de la Vistule au Rhin. Et si l'on consulte le calendrier universitaire, il nous apprend qu'elles sont fréquentées par plus de 33,000 étudiants ainsi répartis :

Philosophie et Lettres.	Droit.	Médecine.	Théolo
15,000.	12,000.	7,000.	4,000.

Comment sont donc nées et ont grandi ces 22 universités, au point d'atteindre la réputation dont jouit par tout le monde la science allemande ?

L'Empire allemand n'est que d'hier pourtant. Mais chaque duché ou royaume qui le compose actuellement était déjà vieux sur l'échiquier européen et s'était développé indépendamment depuis de longs siècles. Rois et princes, ducs et barons depuis longtemps rivalisaient au champ des armes. Mais graduellement l'homme s'était civilisé, et raffiné et avec le XIV^e siècle brillait déjà l'aurore d'une ère nouvelle qui allait rénover l'Europe entière. L'esprit commençait à dominer et muzeler les instincts de la brute, qui semblaient avoir jusque là dominé l'homme.

L'Italie la première s'éveille au souffle de la Renaissance, et les Universités de Bologne et Padoue sont les pionnières du réveil médical. Bientôt les Ecoles de

Montpellier et Paris deviennent célèbres et Wenceslas, qui avait étudié aux flancs de la colline Ste-Geneviève, fonde en 1348 à son retour en sa capitale de Bohême, à Prague la vaillante, la première université des pays allemands. Le XV^e siècle n'était pas encore né, que les universités de Vienne et Heidelberg avaient déjà vu le jour, dans le mouvement d'enthousiasme général. Dès lors chaque roi et chaque prince, par ambition ou jalousie de son voisin, voulut son université la plus glorieuse et la plus recherchée de toutes. Et c'est ainsi qu'à l'ouverture du XIX^e siècle existaient déjà 22 universités dispersées de l'Elbe au Rhin, de la Baltique aux Alpes. La Philosophie et le Droit primaient partout tandis que bien modeste était la place occupée par la Médecine. A la vérité, durant le XVIII^e siècle, l'Ecole d'Angleterre avait encore ajouté au patrimoine que lui avait légué Sydenham. Hunter — l'argus médical comme on se plaisait à l'appeler — Cullen et Brown faisaient école et orientaient la pensée médicale. Mais notre art était encore dans l'enfance.

Cependant à son tour il allait s'éveiller et prendre de l'aile : il avait jusque là attendu en vain le maître qui put le mettre sur la voie de la vérité et rendre possible son évolution scientifique. Bichat fut ce maître et c'est au ciel de la France que brilla cette étoile. Il différençia les tissus et montra qu'à leur diversité anatomique correspondait une diversité fonctionnelle. C'est Bichat qui cent ans passés écrivait déjà de la jeune mais impérieuse autorité de ses 25 ans :

“ Puisque les maladies ne sont que des altérations des propriétés vitales et que chaque tissu est différent des autres sous le rapport de ses propriétés, il est évident qu'il doit en différer aussi par ses maladies. Dans tout organe composé de différents tissus, l'un peut être malade, les autres rester sains. Plus on observera les maladies et plus on ouvrira de cadavres, plus on se convaincra de la nécessité de considérer les maladies locales non point sous le rapport des organes composés qu'elles ne frappent presque jamais en totalité, mais seulement sous celui de leurs tissus divers qu'elles attaquent presque toujours isolément.”

Dupuytren et Cruveilhier poursuivirent l'oeuvre si bien commencée par Bichat et créèrent l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE, tandis que Laennec, Louis et Grisolle posaient les bases de la CLINIQUE. “ Tous les étudiants accouraient à Paris vers 1840 ” à remarqué Osler. A son tour l'Ecole de Vienne prenait le pas. Tandis que Rokitansky expliquait les lésions macroscopiques, Skoda montrait les relations qui existent entre le symptôme et la lésion anatomique : la clinique moderne était née.

Bientôt l'Allemagne allait émerveiller le monde en ouvrant des horizons nouveaux par les travaux de Virchow sur la Pathologie Cellulaire : il semblait que la nature n'aurait plus de secrets pour l'oeil de l'Homme. Et c'était maintenant aux savants allemands que l'on accourait.

(1) Allocution du Président de la Société Médicale de Montréal à la séance inaugurale de janvier 1910.

Mais fut-il jamais déesse plus instable que la Gloire.

re! Quelques années s'étaient à peine écoulées que la grande inconstante, si habituée aux rives de la Seine, retraversait le Rhin et amenait le monde étonné et incrédule à l'École de Pasteur.

La France et l'Allemagne eussent elles été seules choisies comme bienfaitrices de l'Humanité souffrante, qu'il y aurait eu des récriminations. Et voilà sans doute pourquoi l'Angleterre aussi fut appelée à ce rôle, glorieux et réparateur à la fois. N'est-ce pas à bon droit qu'elle est fière de Lister, qui a rendu possible les merveilles de la chirurgie moderne.

Virchow, Pasteur, Lister.

Voilà un patrimoine dont nous sommes justement et jalousement fiers. Il n'est pas de plus grandes batailles livrées ni de plus glorieuses victoires gagnées que celles de ces géants — et l'ombre de leurs lauriers suffira à nous abriter pour le doux repos après le long labeur terminé.

En Allemagne

Si nous recherchons les facteurs de la science allemande et les causes qui lui ont assuré l'influence mondiale que nous lui savons tous, il en est trois qui se détachent tout particulièrement et qui sont :

Le nombre de ses laboratoires et la perfection de leur installation ;

L'excellence de son corps enseignant ;

Les méthodes d'enseignement.

LE PERSONNEL ENSEIGNANT.

L'organisation universitaire repose sur un corps central ou Sénat, composé de délégués de chaque faculté. Il s'occupe de ce qui a trait à l'avancement général de l'université et peut s'enquérir des détails administratifs ou autres de chaque faculté. Il jouit, jusqu'à un certain point, d'un contrôle effectif sur les facultés, qui tout de même voient chacune à l'organisation de leurs programmes et à l'administration de leurs affaires personnelles. Il y a somme toute union entre le Sénat et les facultés et réaction réciproque pour le plus grand bien individuel et général.

Le premier pas vers le professorat est le "Privat-Doctent". Le titre est plutôt facile à obtenir. Voyez plutôt. Pas est besoin de concours comme en France. Non : seulement une longue patience, un grand dévouement à l'un des professeurs, membre de la Faculté, et des travaux à l'acquit du candidat. Lorsque son maître ou "patron" l'en autorise, le candidat présente à la Faculté un travail ou thèse, sur la valeur de laquelle il est fait rapport à la Faculté. Ce rapport, généralement préparé par le protecteur, est d'habitude accepté ; ainsi est-on nommé Privat-Doctent.

L'Allemagne est par excellence la "terre de la spécialisation." Du jour où il a obtenu son diplôme de M.D., l'aspirant professeur doit se spécialiser. Donc dès le début il rétrécit son champ d'étude : ce qu'il gagnera en profondeur, il le perdra en largeur d'horizons.

Le titre de "Privat-Doctent" n'est qu'une reconnaissance officielle que le candidat aspire et travaille pour le professorat. Il ne lui confère ni droit ni obligation de professer, pas plus qu'aucun salaire. Mais avec l'approbation de la faculté, le "Privat-Doctent" peut donner des cours complémentaires libres. Si l'aspirant professeur est homme de talent et qu'il a prouvé sa valeur par des travaux appréciés, tout probablement sera-t-il chargé par la faculté de donner des cours spéciaux. Le Privat-Doctent peut vivre et mourir simple Privat-Doctent, mais est-il un homme supérieur qu'il montera surement, maintenant qu'il a le pied dans l'étrier. Au-dessus du Privat-Doctent il y a le "Professeur Extra-Ordinaire" qui correspond au Professeur Suppléant et pas plus que lui ne fait partie du conseil de la faculté.

Enfin comment se font les nominations au professorat, à la succession d'une chaire? Voici l'une des particularités du système allemand, tout comme des universités américaines.

Le conseil est absolument libre de choisir le nouveau professeur où bon lui semble. Ce qu'il faut c'est le meilleur, c'est le professeur dont la renommée est déjà bien établie *urbi etorbi*, le professeur qui attire autour de sa chaire des auditeurs venus de tous les coins du pays et même du monde.

Et c'est ainsi que l'université de Vienne offrit sa chaire de clinique chirurgicale au Professeur Billroth, qui bien que plutôt jeune encore attirait déjà par sa renommée universelle tant d'étrangers auprès de lui à Zurich. Et tant que vécut le maître, Vienne fut la Mecque de la chirurgie, tout comme plus tard Bergmann et Mickulicz firent de Berlin et Breslau les phares de la chirurgie allemande. Et c'est ainsi que plus près de nous, avons-nous vu Garré appelé de Kohlsberg à la succession de Mickulicz à Breslau et plus récemment à Bonn pour remplacer Bier, qui montait à Berlin succéder à Bergmann.

Si la faculté est libre de choisir les professeurs où bon lui semble, en retour les étudiants sont libres aussi de suivre ou non leurs cours.

Et voici tout justement encore l'une des particularités les plus frappantes du système allemand. Je me rappelle fort bien qu'à Berlin, nous avions choix entre Bergmann et Koenig pour la chirurgie ; — entre Von Leyden, Gebhardt et Senator pour la médecine ; — entre Virchow et Langerhans pour l'anatomie pathologique ; — entre Olshausen et Gusserow pour la gynécologie et l'obstétrique (enseignées par le même professeur en Allemagne) pour ne citer que les plus renommés des grands maîtres d'alors.

Comme en Allemagne l'étudiant ne paie que pour chaque cour qu'il choisit, (les neuf-dixièmes des honoraires étant retournés par la faculté au professeur), il s'en suit un corollaire nécessaire. Si d'un côté on ne s'inscrivait là-bas que pour les cours des professeurs les plus réputés, les plus pratiques les plus intéressants, — de l'autre les professeurs ne retenaient leurs auditeurs

qu'en autant qu'ils étaient ponctuels et qu'ils savaient rendre leurs leçons à la fois intéressantes et pratiques dans la plus large acception du mot. Insouciance et retard de la part du professeur, rebachages antiques et ignorance des plus récentes propositions pathologiques ou thérapeutiques n'existent pas au delà du Rhin. Le professeur allemand est de nécessité un homme de progrès et de travail constant, car autrement il périrait devant des banquettes vides avant que le semestre ne voit sa fin. Il n'en est pas, ou très peu du moins, qui soient vieux au sens d'Osler.

Ajouterai-je que comme le curriculum médical est identique pour les 22 universités de l'empire, il s'en suit qu'un étudiant peut étudier l'anomie pathologique avec Pick à Berlin ou à Fribourg avec Aschoff; la bactériologie avec Behring à Marbourg; la chirurgie avec Bier à Berlin ou avec Trendelenburg à Leipsick ou avec Garré à Bonn.

De fait l'étudiant allemand est essentiellement "bohème" allant souvent d'une université à l'autre suivant la célébrité des professeurs, ressemblant en cela à son prototype du XVe et XVIe siècles, qui courait de Bologne à Padoue à Montpellier et Paris, ou d'Oxford à Vienne, suivant la renommée de l'enseignement.

J'ai dit que le second facteur de la renommée universitaire de l'Allemagne était "la perfection d'installation de leurs laboratoires".

Le budget de l'Instruction Publique est le plus élevé de tous les pays, exception faite de celui des États-Unis, où l'initiative privée a pris une si large part dans la dotation des universités. Pour qui a passé par les universités allemandes, il faut reconnaître que le gouvernement allemand est d'une admirable largesse à ce point de vue.

N'a-t-il pas raison de croire que l'élite de la nation ne saurait être trop bien préparée pour le rôle qui l'attend. Les gradués des universités ne sont-ils pas en effet les principaux faiseurs de la destinée d'un pays, qu'ils soient juristes ou médecins, littérateurs ou philosophes, ingénieurs ou hommes de science.

Chaque clinique possède ses laboratoires en propre pour ses besoins particuliers. Les deux installations les plus parfaites que j'aie vues en Allemagne sont celles de la Charité à Berlin et de la clinique Chirurgicale de Leipsick. Non-seulement le Professeur Trendelenburg a à sa disposition, dans son Institut, des laboratoires de pathologie et de bactériologie, des cabinets de photographie et de Rayons X, mais aussi tout un musée de pièces anatomo-pathologiques dans une salle voisine de l'amphithéâtre pour servir aux démonstrations cliniques. De plus afin de rendre les cliniques aussi pratiques qu'il est possible il a fait installer dans son amphithéâtre un appareil de la maison Zeiss, qui sert à projeter sur l'écran noir non seulement les transparents de lanterne, mais aussi toute photographie ou planche en couleurs avec agrandissement et relief, — voire même les spécimens pathologiques eux-mêmes.

Voilà comment aux cliniques d'outre-Rhin on ajoute

à la description théorique et l'exemple clinique la démonstration anatomo-pathologique.

Le Musée de Pathologie de Berlin, l'Institut Virchow, — inauguré lors du 50ème anniversaire de professorat de Virchow durant l'hiver de 1900 — est l'Institut le plus considérable du monde, que nous sachions. Les pièces anatomiques y sont montées dans la solution de Kaiserling, qui conserve aux tissus, comme nous le savons, leur coloration naturelle. Atteignant un chiffre de plus de 3000 spécimens à cette époque, cette merveilleuse collection de pièces pathologiques a vu sa richesse s'accroître encore dans ces dix dernières années. Elle n'a de rivales que les collections du musée Dupuytren et de St-Louis à Paris, et de l'Institut Pathologique de Vienne, qui ne l'égalent pas cependant.

* * *

Que dire des METHODES? Enseigner n'est pas tout dans une université, et la faculté qui se contenterait simplement de transmettre ce que la tradition lui a légué ne remplirait pas tout son devoir. Et pourtant l'idéal de plusieurs ne va ni plus haut ni plus loin. La science moderne exige plus de ses prêtres. Non seulement doivent-ils connaître le présent et posséder le présent, mais aussi doivent-ils regarder en avant, interroger le sphynx de l'avenir et diriger la charrue à travers des champs encore inexplorés. En un mot le professeur moderne doit être à la fois un professeur et un investigateur. Les recherches et l'enseignement ont de tout temps été le double but des universités allemandes, encore plus dans ces temps modernes.

Les laboratoires y sont aussi nombreux que merveilleusement outillés. Dans toute université les "Physikalischen und Pathologischen Instituten" sont bien en vue. Leur part dans l'instruction de la jeunesse universitaire est très importante. Tout ce qui touche aux sciences basales, physique, chimie et sciences naturelles, anatomie et physiologie, bactériologie et pharmacie, en un mot ce qui correspond aux examens scientifiques préliminaires et intermédiaires du programme anglais, tient une large, très large part en Allemagne. Cette partie du curriculum médical est très pratiquement enseignée en Allemagne. De fait, nulle part au monde pose-t-on de meilleures assises pour l'édifice médical.

Il est une chose qui frappe en Allemagne, comme d'ailleurs à Paris et à Vienne, en Angleterre et aux États-Unis, c'est le peu d'importance attachée à l'enseignement purement théorique. On l'a réduit au strict minimum. Mais en revanche l'étudiant allemand doit donner beaucoup de son temps à l'enseignement clinique, de fait il partage sa journée entre les laboratoires et les cliniques, je préciserais en disant les amphithéâtres.

Et ici je touche à l'un des points faibles des méthodes allemandes. Le futur disciple d'Esculape fait peu de travail dans les salles de malades. L'enseignement "au lit du malade", qui tient et à bon droit, croyons-nous, une si large part à Paris, en Angleterre et aux États-Unis, est

peu ou pas en honneur en Allemagne. L'enseignement clinique est donné à l'amphithéâtre, en présence d'une nombreuse assistance généralement. Deux élèves sont appelés auprès du professeur, où ils lisent l'observation clinique du malade, qu'un assistant officiel a prise auparavant. Les deux élèves sont questionnés au sujet du cas et le professeur complète ce questionnaire par ses remarques. Pour résumer: l'étudiant n'a que peu ou pas de contact personnel, quotidien, répété ou prolongé avec les malades comme il doit l'avoir, tel qu'on insiste qu'il l'aie à Londres et à Paris, au Johns Hopkins et à Philadelphie.

Est-il question d'enseignement avancé, — de "*post-graduate work*" — que les choses sont différentes. Car ici, le médecin désireux et de faire des observations et des examens personnels et de sauver du temps, s'inscrit pour des leçons particulières auprès d'un des assistants de la clinique choisie. Ces cours spéciaux sont donnés à de petits groupes, sont payants et seraient trop dispendieux à la longue pour les étudiants, c'est évident.

* * *

Puisque nous causons "*Post graduate work*", quels sont donc les avantages offerts en Allemagne à ce point de vue?

Deux fois l'an, à Pâques et en septembre, il est donné aux différentes universités des séries de cours spéciaux, qui touchent à peu près à tous les aspects de la profession. On les appellent: cours de vacances, "*Ferienkursus*". Les assistants en ont généralement la charge. Tout le matériel hospitalier sert à ces démonstrations cliniques spéciales, où les médecins seuls sont admis. La durée en est généralement de 4 à 5 semaines.

Ici encore cet enseignement est presque exclusivement donné à l'amphithéâtre, bien qu'il soit toujours possible de prendre des leçons privées et personnelles. Les facilités de laboratoires sont excellentes et les praticiens ont tous les avantages de se mettre au courant des derniers procédés de recherche et de vérification du laboratoire. Les assistants sont nombreux, compétents et obligeants. La plupart, pour ne pas dire tous, parlent si non l'anglais et le français, au moins l'une des deux langues; l'anglais plutôt.

On réalise si bien en Allemagne l'importance de cet enseignement médical supérieur ou avancé, qu'en dehors des facultés régulières il existe plusieurs Ecoles ou Instituts particuliers à cet effet. Rappellerai-je l'Institut Pathologique du Professeur Ehrlic à Franckfort, l'Institut Spécial contre le cancer du professeur Czerny, à Heidelberg, la Clinique Chirurgicale du professeur Bardenhauer à Cologne. Mais le plus important et le plus considérable de tous est l'Institut Médical de Dusseldorf sur le Rhin.

L'Académie des Beaux-Arts avait déjà donné à Dusseldorf un nom fort enviable parmi les cités rhénanes. Cette ville industrielle fort riche et ambitieuse créa cet Institut Médical et en confia l'organisation et la direction

au professeur Witzel, alors professeur et chirurgien à l'Université de Bonn. Le professeur Witzel est depuis longtemps déjà une autorité. Il groupa autour de lui une élite de professeurs de renom et aujourd'hui, l'Institut Médical de Dusseldorf, tout jeune encore, voit cependant accourir chez lui des médecins de tous les coins de l'Allemagne, de l'Europe et des Amériques. On jugera quelque peu de son importance quand on saura que lorsque l'Institut ouvrit ses portes, il pouvait hospitaliser 600 malades, dont le nombre a été porté depuis à 800; et bientôt 1,200 malades y seront hospitalisés lorsque les nouveaux bâtiments seront terminés.

* * *

Telles sont, Messieurs, l'organisation et les méthodes spéciales aux Universités d'Allemagne.

Maintenant traversons le Rhin et examinons ce qui se passe en

En France.

Nous avons vu qu'en Allemagne les universités — quelques unes d'entre elles déjà vieilles de plusieurs siècles, étaient disséminées par tout le pays. Avec la fondation de l'Empire s'en suivit l'unification de système militaire et bientôt la réorganisation de l'enseignement supérieur: ce fut une synthèse. En France ce fut tout l'opposé: une décentralisation.

Jusqu'à il y a quelque vingt cinq ans, Paris était, comme d'ailleurs il l'est encore, le grand centre d'instruction en France. Mais alors l'Université de Paris était la seule importante. Il existait bien à la vérité depuis longtemps des écoles et facultés de Droit et de Médecine, de Lettres et de Philosophie dispersées par tout le pays. Mais l'unité faisait défaut, les facultés étaient tout à fait indépendantes les unes des autres: il manquait cet esprit et ce lien qui font un tout de parties différentes.

En 1885 un décret gouvernemental créait des universités hors Paris, en groupant les facultés et écoles éparses. Napoléon avait tout concentré à Paris sous sa main, — à son tour Paris allait maintenant restituer et céder de son prestige. Et c'est ainsi que graduellement furent organisées les universités de province, dont les principales sont Lyon, Bordeaux, Montpellier, Toulouse, Nancy, etc.

Si nous tabulons les groupements d'étudiants, nous arrivons au total respectable de plus de 33,000 pour les seuls facultés de Médecine, Droit, Lettres et Philosophie, 14 p. c. sont des étudiants étrangers.

Voyons un peu maintenant ce qu'est l'organisation des hôpitaux et de l'enseignement en France. Je parlerai surtout de Paris, qui est le centre médical le plus complet et le plus intéressant de notre vieille mère-patrie.

LES HOPITAUX

Ils sont au nombre de 30 pour Paris, tous contrôlés par l'Assistance Publique, dont le budget hospitalier annuel se chiffre à \$8,000,000, soit \$200,000 à \$300,000 par

Essence de Pepsine—Fairchild

Est, à dessin et de fait, physiologiquement différente des préparations à base de pepsine sèche, on l'obtient des glandes sécrétées de la muqueuse gastrique fraîche, par un procédé qui extrait les principes et les propriétés du suc gastrique associés à tous les éléments solubles de la cellule gastrique.

Essence de Pepsine—Fairchild

est réellement un suc gastrique artificiel dont l'activité est proportionnée à chacun des deux ferments gastriques bien connus. Elle assure promptement le bon fonctionnement de l'estomac, qui régit la transformation normale des aliments en vue de leur absorption, source directe de vie et d'énergie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES
PILULES SIROP
ANÉMIE BLANCARD LEUCORRÉE
EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.
PARIS, Rue Bonaparte, 40.
IODE SCROFULE FER
Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGENOL

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique :
TUBERCULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.
FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, comprimés, Ampoules.
Échantillons : S'adr. Laboratoires A. NALINE, Ph^{ie} à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Naline

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER FRERES, agence Décury-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie
Coliques hépatiques
Ictère

GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ

Cachexi.
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

BOLDOINE ÉPARVIER

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS
DU FOIE, DES REINS, DE L'ESTOMAC

Granulee — Non Alcoolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE
DOSE : DEUX À QUATRE CUILLÉRÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

CONSTIPATION — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ÉCHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR
DEMANDE adressée à la **PHARMACIE DECARY** 1088 RUE STE-CATHERINE
A MONTREAL.

MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1^{re} classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)

AFFECTIONS DE LA GORGE

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites
Angines, Diphtérie
Toux nerveuses
Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

CAPSULES DARTOIS

Ogr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

6, rue ABEL, PARIS (Anc. 83, rue de Rennes). Le Fl. 3 fr.

hôpital. Il faut aussi mentionner les fondations privées, très nombreuses plusieurs d'elles très parfaites, entr'autres les fondations Rotchild, l'hôpital de l'Institut Pasteur pour l'étude spéciale des maladies contagieuses, l'hôpital catholique St Joseph, et combien d'autres encore.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de l'Assistance Publique sont nommés au concours. Ces concours sont aussi nombreux que sérieux, les premiers éliminatoires, les derniers décisifs. Les élus ont charge du service hospitalier, mais non pas de l'enseignement. On se plaint de plus en plus de cette différenciation et de toutes parts à peu près l'on demande une modification.

LE CORPS ENSEIGNANT.

Il relève lui exclusivement de la Faculté et du Ministre de l'Instruction Publique. Toutes les positions en sont gagnées au concours aussi et c'est là à notre avis un des facteurs les plus effectifs de l'excellence et de la supériorité du corps professoral de la France.

Tous les assistants proprement dits, soient-ils externes ou internes — sont des étudiants en France, tandis qu'en Allemagne ce sont des docteurs en médecine. Les concours que doivent subir les aspirants à l'externat et à l'internat sont si sévères que les élus sont par le fait même une élite. Pour donner une idée combien sont recherchées ces positions, je dirai qu'en 1900, il y eut plus de 600 concurrents pour 60 positions vacantes. Ces examens sont plus sévères que pour le doctorat, et si j'ajoute que les titulaires doivent encore servir un minimum de trois années avant de se présenter pour le doctorat, c'est dire que le titre "d'interne des hôpitaux de Paris" est à la fois un honneur et une valeur.

Le prochain pas, en chirurgie par exemple, consiste à concourir pour une position de prosecteur d'anatomie, puis de chef de clinique. A mesure que l'aspirant monte, les concours deviennent plus difficiles et pour devenir agrégé, requiert à la fois des connaissances aussi étendues que profondes et un talent d'exposition hors ligne.

En France les Agrégés doivent se spécialiser dans une des seize branches que voici: (décret de juillet 1909):

Anatomie et Embryologie.

Histologie.

Physiologie.

Parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine.

Bactériologie.

Physique biologique et médicale.

Chimie biologique et médicale.

Matière médicale et pharmacodynamie.

Médecine générale.

Maladies mentales.

Chirurgie générale.

Anatomie pathologique.

Obstétrique.

Ophthalmologie.

Oto-rhino-laryngologie.

Pharmacie.

Les épreuves sont de deux ordres; les unes préparatoires ou éliminatoires, les autres définitives. Les premières consistent 10. en un exposé public fait par le candidat lui-même de ses travaux personnels; 20. Une leçon de 3-4 hr après trois heures de préparation en salle fermée; 30. Une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie.

Les épreuves définitives consistent en: 10. Une leçon orale d'une heure après 48 hrs de préparation libre; 20. une épreuve technique ou clinique.

De ceci ressort en toute évidence, ce nous semble, que les candidats doivent non seulement avoir une connaissance approfondie des sciences médicales, mais en plus posséder le talent d'en faire part en un langage aussi clair et agréable qu'élégant et concis.

Et c'est là en effet, une des caractéristiques des maîtres français: leur talent d'exposition clinique, rarement égalé et jamais surpassé.

Les agrégés sont nommés pour 9 ans, après les quels s'ils n'ont pas dans l'intervalle monté un échelon de plus, ils perdent titre et privilèges.

Quant au professeur, il est comme en Allemagne choisi par le conseil de la Faculté, soit parmi les agrégés en exercice, soit parmi les professeurs d'une université soeur: tel Lapersonne fut appelé de Bordeaux à Paris et Nicolas de Nancy à Paris: on choisit le plus compétent. Le ministre de l'Instruction Publique parafte le choix de la Faculté.

J'ajouterai et c'est encore là une des particularités de l'École française qui lui assure une vitalité et une productivité de première valeur — c'est qu'il est un "age-limite" arrivé à laquelle le professeur doit monter un échelon de plus et passer au rang des professeurs honoraires pour faire place à plus actif et plus productif que lui. C'est une des forces de la faculté, puisqu'elle lui assure une élite d'hommes actifs et en pleine puissance de production, au lieu de laisser ses chaires occupées par des talents replets et devenus satisfaits d'un statu quo improductif.

Que dire de l'étudiant? — et ceci nous amène à parler des

METHODES D'ENSEIGNEMENT

Paris comptait en 1909 plus de 3,200 étudiants en médecine "inscrits", — ce qui ne comprend pas le très grand nombre des médecins étrangers qui viennent parfaire leur éducation professionnelle et se spécialiser en quelque branche particulière, sans prendre pour cela l'inscription à la Faculté ni le diplôme de docteur: et ils sont légion.

La durée du curriculum médical est de 5 ans au minimum. N'oublions pas que l'étudiant doit être à l'avance possesseur du diplôme P. C. N. — physique, chimie et sciences naturelles — avant l'admission à la Faculté.

Le programme des études est mi-partie obligatoire, mi-partie facultatif; les travaux pratiques de laboratoire

et l'assistance aux hôpitaux sont obligatoires, l'assistance aux cours théoriques est libre. Aussi ne manque-t-on pas d'être frappé par cette particularité des méthodes françaises, à savoir la liberté absolue laissée à l'étudiant d'assister ou non aux leçons théoriques. Ces cours théoriques couvrent une part seulement de chaque matière et sont de plus limités à certaines branches de notre art.

Aussi tenant compte de leur champ limité et de la liberté de l'étudiant de les suivre à sa guise, il s'en suit qu'il doit de nécessité consacrer une bonne partie de ses loisirs à l'étude personnelle des principes de notre art. Hâtons-nous d'ajouter qu'il ne s'agit pas d'un fait isolé et exclusif pour Paris. Non, et il en est ainsi par toute l'Europe: tel l'avons nous constaté en Angleterre et en Allemagne, à Vienne et à Paris. L'étudiant va puiser aux sources de son choix pour la partie théorique; quant à la partie pratique, la Faculté intervint, dirige l'étudiant et y joint une sanction obligatoire. Si cent ans passés l'enseignement de notre art était surtout théorique, au contraire aujourd'hui est-il surtout pratique. Ce n'est pas dans les infolios que l'on trouve ses secrets mais bien dans les laboratoires des Sciences physiques et naturelles que l'on y jette la base solide qui servira à édifier la structure supérieure, comme c'est aux hôpitaux, au contact des malades que s'apprend la pathologie.

Et signe des temps, plus une école de médecine est progressive, plus son influence grandit, plus on voit ses cours théoriques diminuer et par contre augmenter l'importance de ses laboratoires et de ses cliniques.

Avec quelle insistance Osler, dont le talent d'enseignement et d'organisation est reconnu du monde médical entier, — avec quelle insistance n'a-t-il pas dit et répété, je le cite textuellement: "Enlevez l'étudiant de la salle du cours théorique, faites le descendre des gradins de l'amphithéâtre, mettez-le dans les laboratoires, envoyez-le à la consultation externe, tenez-le dans les salles de malades, auprès du lit du malade. Le travail des 3^{ème} et 4^{ème} années ne devrait pas, notez ses dires, ne devrait pas être à l'école, mais bien et exclusivement à l'hôpital et dans les laboratoires cliniques."

Osler a-t-il été le premier à réclamer ces modifications de l'antique état de choses? Oh non et voilà plus de 20 ans que ce sagace esprit qui avait nom Oliver Wendel Holmes disait: "La partie la plus importante, la plus essentielle de l'enseignement médical est non pas aux salles de cours, mais au lit du malade, car rien de ce qu'on y voit n'est perdu." Voilà même cent ans qu'Abernathy écrivait: "L'hôpital est la seule école pour y former un vrai disciple d'Esculape."

Voilà ce me semble, messieurs, quelques considérations qui valaient la peine de nous arrêter, au moment où notre Conseil de Faculté est en préparation d'un nouveau programme.

Pour ce qui est de la "dissection," les facultés en sont exceptionnelles à Paris. On enseigne l'anatomie pratique dans huit immenses pavillons, où l'on peut facile-

ment accommoder à l'aise cent étudiants par pavillon. La "médecine opératoire" est de même excellentement enseignée à Paris, les étudiants étant divisés en groupes de quatre-vingt-cinq, à leur tour subalternés. Les démonstrations opératoires sur le cadavre sont complétées par des planches en couleurs faites par les habiles artistes.

Mais où les méthodes françaises sont de toute première excellence et je crois même sans égales c'est pour la clinique et le stage hospitalier. Il n'y a, à ma connaissance, qu'en certains collèges de Londres et au John Hopkins qu'il y ait quelque similitude de méthodes et elles consistent en ceci que tous les étudiants depuis la deuxième année doivent vivre l'hôpital. Par groupe de 15 ou 20 ils sont répartis dans les différents services hospitaliers, où ils sont tenus d'être présents chaque matin: l'appel et l'inscription en témoignent. Là on leur fait prendre l'observation clinique des malades, examiner les patients, faire les recherches bactériologiques et autres courantes et prêter assistance pour les pansements, poses d'appareils, etc... Ils ont ainsi deux semestres à passer en chirurgie, deux en médecine et trois dans les spécialités de leurs choix, y compris la maternité.

Trois jours par semaines le chef de service fait la visite détaillée du service avec tout son personnel: chefs de cliniques, internes, externes et stagiaires. Il examine les nouveaux entrants et donne l'instruction au lit du malade. Les autres jours, après une rapide visite des salles, il se rend à l'amphithéâtre où il donne la clinique proprement dit. Après la présentation de un ou deux malades et la lecture de leur histoire clinique, il étudie le diagnostic, rapporte d'autres observations similaires, et présente en un mot la question. Ceux qui sont passés par Paris se rappelleront facilement les salles combles de la clinique de Dieulafoy, de Pinard, de Guyon et Albarran, pour ne rappeler que les plus brillants des grands cliniciens français de ces dernières années.

Il est à l'enseignement médical de Paris des particularités qui sont à son crédit et ne manquent pas de frapper le médecin étranger. Laissez moi vous en énumérer quelques unes.

I. Tout enseignement officiel est "gratis", rien à payer, sauf pour les examens. Tout visiteur est le bienvenu aux cours et cliniques. Durant le cours de l'année la faculté organise dans des cliniques et des laboratoires spécifiés, des séries de cours et démonstrations pratiques spéciales. Ces cours spéciaux seuls sont payants: de 50 à 80 francs, 10 à 15 dollars.

II. J'attirerais encore votre attention sur le fait de l'accès si facile aux salles de malades. Sur simple présentation de votre carte de visite, si vous êtes inconnu, vous serez bienvenu auprès du chef de service et lors de sa visite quotidienne vous assisterez à l'examen du malade, que vous pourrez refaire vous-même dans les cas propices, lorsque le chef est passé ou la clinique finie.

III. Rappellerai-je ce que j'indiquais il y a un instant au sujet du professeur français en tant que clinicien.

Le français est né "leau" leur" et nous nous rendons compte de toute la justesse de ce vieux dire lorsque nous entendons le clinicien français; sa facilité, son brio d'élocution n'a d'égal que sa clarté de conception, "that charming lucidity" que le professeur Osler donne comme la caractéristique du clinicien français.

Mais l'enseignement d'une faculté qui a l'ambition de prendre sa part dans l'orientation d'un mouvement médical international ne saurait se confiner aux besoins des étudiants. Elle doit s'intéresser aux besoins des praticiens, tout comme elle a devoir de poursuivre dans ses laboratoires la recherche de nouvelles méthodes d'exploration ou de thérapeutique. Et c'est ici que Paris offre des avantages exceptionnels.

Y a-t-il des branches spéciales de notre art où Paris domine?

Oui certainement, tout comme par ailleurs Vienne et Berlin ont aussi leurs supériorités médicales. Pour avoir visité la plupart d'entre elles, tant ici en Amérique qu'en Europe, je ne sache pas encore d'une Université qui soit seule la première par toutes ses facultés, ni de faculté qui soit seule la première à tous les points de vue, que ce soit Londres ou Edimbourg, Berlin ou Leipsick, Vienne ou Munich, Paris ou Lyon, John Hopkins, Philadelphie ou Harvard.

Et alors en quoi excelle donc la Faculté de Médecine de Paris?

Nommons tout d'abord la "Dermatologie". Ici Paris tient la tête incontestablement. L'hôpital St-Louis, avec ses 1,200 lits et ses dispensaires ou consultations (je me rappelle avoir vu défiler un matin 283 malades: bébés, femmes et hommes, à la consultation) offre des avantages pratiques de tout premier ordre. Ajoutons en complément, son fameux musée où les collections Baretta en cire colorée de toutes les affections cutanées possible font l'émerveillement des visiteurs. Puis il ya encore Lourcine et son service de spécifiques, Ricard, St-Lazare, etc...

Pour ce qui est de la "Neurologie", l'école de la Salpêtrière et ses 3,000 lits est trop bien connue pour qu'il faille insister.

Les Professeurs Raymond et Déjerine, élèves du grand Charcot, continuent la belle tradition de l'école, en tourés de tout un personnel de collaborateurs distingués.

Les cliniques du Professeur Jouffroy à Ste-Anne, du profeseur Ballet à Bicêtre, du Professeur Marie sur l'aphasie de Broca sont des oeuvres de la science française qui resteront.

Et si je parle des affections "génito-urinaires" les noms de Guyon, Albarran, Bazy, Legueu, Hartman, toute la pléiade des maîtres et des brillants élèves de Necker, viennent immédiatement à l'esprit.

Je sais que Berlin a son Casper et son Nitze. Mais Paris par l'école de Necker, orienté la science médicale au point de vue qui nous occupe. Non pas que Paris soit

pis que les autres capitales et plus riche de ce fait en affections génito-urinaires. Oh! à ce point de vue les grandes villes d'Europe et d'Amérique se ressemblent singulièrement et il n'en est pas que je sache qui détiennent le diplôme de la vertu. Mais Paris a la meilleure organisation; et les cliniques d'Albarran sont aujourd'hui suivies comme l'étaient celles de Guyon et de Thompson. Le matériel est abondant et les cliniques données deux fois la semaine, toujours au sujet d'un ou de plusieurs malades du service, sont suivies d'une intervention chirurgicale, pour préciser ou exemplifier les dires de la clinique.

A ce service de Necker, est attaché un laboratoire, sous la direction du Dr. Motz, où Albarran, Legueu et la pléiade de Necker ont poursuivi leurs recherches. Les travailleurs y sont toujours bienvenus.

N'oublions pas les services de Hartman à Lariboisière, de Bazy à Beaujon, et les cliniques privées, fort nombreuses et bien cotées.

En fait de "Chirurgie" Paris ne le cède à aucune rivale. Tout d'abord les facilités pour la dissection sont complètes: et nous savons tous qu'une connaissance parfaite de l'anatomie est la base d'une bonne chirurgie.

Deux fois l'an, au printemps et à l'automne, la faculté fait donner des séries d'exercices pratiques de chirurgie sur le cadavre: chirurgie opératoire de la face et de la tête, du tronc, de l'abdomen, des organes génito-urinaires, des membres. Les Professeurs Segond et Hartmann en ont la direction, avec l'assistance d'un personnel distingué d'agrégés ou de prosecteurs en anatomie. Chaque opération d'abord décrite à l'aide d'excellentes planches en couleurs, dont est célèbre à bon droit la faculté de Paris, est faite par le professeur sous les yeux des élèves, dont le nombre est toujours limité, puis répétée par chacun des médecins sur le cadavre.

Si je rappelle en plus, les visites journalières aux hôpitaux, l'examen des malades avec le chef de service ou ses assistants, les cliniques tri-hebdomadaires, les séances d'opération, où l'on peut voir de près et, en plus pour celui qui le désire, la facilité d'un stage comme bénévole, voilà ce me semble d'aussi grandes et d'aussi amples facilités qu'on en puisse souhaiter.

En fait de "Bactériologie" l'Institut Pasteur donne chaque année, un cours complet, ouvert à tous les médecins, et où les manipulations pratiques suivent le cours théorique, donné par les Directeurs de l'Institut et leurs adjoints. Quelqu'un, en vue du professorat, désire-t-il poursuivre des études spéciales ou faire des recherches particulières, qu'il est le bienvenu, sur présentation, à travailler dans les laboratoires spéciaux du Prof. Roux, du Prof. Metchnikoff, Borel, Dominici, Sicard, etc...

Quant aux "Spécialités de la tête: yeux, oreilles, nez et gorge" il serait difficile ce semble d'ébranler la renommée de l'École de Vienne. Et cependant, nous pouvons dire qu'à ce point de vue, Paris offre des avantages exceptionnels. Des séries de cours théoriques, suivis d'exercices pratiques, sont organisés dans les différentes cliniques. Tout médecin désireux de se spécialiser dans cet art, complètera ces cours par un stage dans une des

cliniques des maîtres qui sont: Lapersonne, Lermoyez, Trousseau, Chatelier, Abadie, . . . pour ne rappeler que les plus célèbres.

Enfin, s'agirait-il d'étudier la "*Physiothérapie*". Rayons X et Radiumthérapie, que Paris est au premier rang. Nous savons que l'Institut du Radium de Paris, sous la direction du Prof. Wickham est le premier du monde. C'est à Paris que l'on va s'approvisionner de Radium, — et c'est dans la capitale française que l'étude par cet agent a été poussée plus loin.

Si maintenant, je désirais conclure par une comparaison entre l'enseignement médical en France et en Allemagne, je grouperais ainsi mes remarques finales.

Les LABORATOIRES sont à la fois et plus nombreux et mieux installés en Allemagne, grâce à la libéralité très large des pouvoirs publics.

J'ajouterai que les recherches — *research work* — dans toutes les directions sont poursuivies sur une plus grande échelle dans les laboratoires de l'Allemagne — qu'ils soient universitaires ou libres —. L'Allemagne semble être devenue la terre de la recherche. Non pas que la France reste inactive, et j'y insiste, mais le mouvement n'y est pas aussi général ni aussi productif.

Il y a cependant deux points sur lesquels les travaux de laboratoire sont en France au premier rang: c'est pour la Bactériologie et la Dissection.

Quant à l'ENSEIGNEMENT CLINIQUE, il est supérieur en France: parce qu'il est d'un ordre plus élevé, qu'il est donné avec une maîtrise oratoire qui n'a pas d'égale, qu'il est complété de l'observation et de l'examen quotidien des malades dans les salles.

Si maintenant il s'agit des COURS DE PERFECTIONNEMENT — de post-graduate work — il faut reconnaître, quand on a pris part à leur fonctionnement sur place, que chacun des deux pays offre des avantages qui lui sont particuliers et exclusifs.

Ainsi en Allemagne, en avril et octobre, sont organisés des COURS de VACANCES — Ferien Cursus — à l'intention des médecins désireux de compléter leur instruction sur certains points et de se mettre au courant des dernières méthodes de recherches cliniques ou de laboratoires, des plus récentes acquisitions thérapeutiques,

tant médicales que chirurgicales. Ces cours spéciaux, où il n'y a pas d'étudiants et où tout le matériel hospitalier est à l'usage des médecins, durent 4 à 6 semaines et sont organisés de telle sorte que les cliniques commencent tôt le matin et se poursuivent jusqu'à 5 heures de l'après-midi: les médecins passent d'un service hospitalier dans un autre. Ces Ferien Cursus sont d'un immense avantage pour les praticiens de campagne ou même de la ville, et tout également sont-ils un attrait pour les étrangers qui savent qu'à telle époque ils trouveront à Berlin et dans les autres grands centres universitaires, tels que Munich, Leipsich, Bonn, Heidelberg, . . . des séries de cliniques et de travaux de laboratoire qui couvriront tous les sujets, et ce dans un temps limité.

A Paris, que fait-on dans cette direction?

On se meurt, on avance (mais combien lentement. Il y a déjà plus de 12 ans passés on inaugurerait ce système nouveau, frappé que l'on était de leur vogue en pays étrangers. Je me rappelle les premières séries de ces cours à la clinique gynécologique Broca-Pozzi et à la Maternité Beaudélocque. Depuis lors on y a ajouté, mais ces cours qui se donnent isolément dans divers services hospitaliers, chez Landouzy, chez Dieulafoy, chez Pozzi, chez Triboulet, manquent de cohésion. Ils ne constituent pas un programme complet, et de plus ils sont isolés. Aussi le médecin de province ou de l'étranger, qui ne peut laisser sa clientèle de longs mois, mais serait disposé à aller passer 4 à 6 semaines à Paris pour se re-trempier à la vraie source et se "mettre au point", se trouve-t-il perdu à Paris, comme d'ailleurs dans les autres centres universitaires français.

On n'a pas encore pensé sérieusement à lui en France et pourtant c'est bien lui qui constitue la masse, c'est le praticien général qui en tout pays, ayant moins de loisirs à sa disposition pour continuer son perfectionnement par des lectures et des études, est en plus grand besoin d'une rénovation à la fois fréquente et passagère. Voilà ce qu'il trouve à tous les centres universitaires en Allemagne.

Au contraire s'agit-il de la formation d'un spécialiste, qui doit alors durer de longs mois, plusieurs années, reconnaissons les immenses avantages de Paris, pour ces raisons que je donnais: la haute compétence et le talent oratoire de ses maîtres, leur clareté d'exposition, le contact journalier avec les malades des salles — et c'est surtout en affections nerveuses et urinaires, en dermatologie et en chirurgie qu'excelle Paris.



Sur quelques particularités

DU

Rétrécissement mitral pur

Par M. le professeur DEBOVE.

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui de la sténose mitrale pure. Il est avant tout indispensable de définir exactement ce qu'il faut entendre par ce terme.

L'épithète de "pure", appliquée au rétrécissement mitral, a une double signification. Elle indique d'abord, et c'est là son sens naturel, que le rétrécissement est indépendant de toute autre déformation de la valvule où il siège, notamment qu'il ne s'accompagne pas d'insuffisance. Mais de plus, par convention, la désignation de pure est réservée à une variété de sténose très spéciale, qui au caractère anatomique déjà cité en joint une série d'autres. Elle est spéciale à la femme. Elle se développe en dehors de l'intervention de toute endocardite infectieuse appréciable. Elle ne se rattache à aucune malformation congénitale. Elle se manifeste enfin à une période fixe de l'existence, qui est celle de la puberté.

Tous les auteurs n'admettent pas sans réserve que la sténose mitrale pure possède ces divers attributs: et celui qu'ils hésitent le plus à lui accorder est son caractère de maladie sexuelle. Ils sont sans doute unanimes à avouer que cette affection est sensiblement plus fréquente chez la femme, mais ne peuvent se résoudre à la considérer comme véritablement spéciale à la nature féminine.

Je ne suis point de leur avis: et voici quels sont mes arguments.

J'insiste d'abord sur la rareté excessive, chez l'homme, des lésions cardiaques qui se présentent avec les apparences de la sténose mitrale. En ce moment même, passez en revue les malades de notre service: le contraste est frappant. A la salle des femmes, vous trouverez réunis six cas de rétrécissement pur, que le hasard seul a amenés dans un service de médecine générale comme le nôtre: à la salle des hommes, il n'en existe qu'un, le premier que nous ayons vu depuis six mois, alors que, pendant cette période, trente femmes atteintes de cette lésion particulière sont passées par nos mains. Une telle constatation me paraît d'une grande importance. Lorsqu'en effet une maladie est réellement commune aux deux sexes, elle peut bien être plus fréquente dans l'un que dans l'autre, mais elle n'affecte jamais une prédilection si extraordinaire pour l'un d'eux. Quand il en est ainsi, il y a gros à parier que l'affection en question est spéciale à un sexe, et n'a été décrite dans l'autre qu'à la faveur d'erreurs de diagnostic.

Les auteurs qui ont prétendu avoir observé la sténose

mitrale pure chez l'homme ne sont-ils pas tombés dans cet écueil? Je crois pour ma part que si. Le hasard peut produire chez l'homme, par le fait d'endocardites infectieuses, rhumatismales le plus souvent, une lésion isolée de la valvule mitrale, disposée de telle façon qu'elle ait pour unique effet le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Il se produira en pareil cas une sténose mitrale que j'appellerai *simple*, dont les symptômes physiques seront identiques à ceux de la sténose mitrale pure, et qui pourra être facilement confondue avec celle-ci bien qu'elle en diffère profondément par sa nature. Une lésion du même ordre anatomique pourra encore être réalisée par une malformation congénitale de la valvule mitrale: mais il s'agit alors d'individus très incomplètement développés, chez lesquels le cœur n'a fait que participer à l'évolution imparfaite du reste de l'organisme. Ces cas n'appartiennent pas non plus à la sténose mitrale pure.

Mais il arrive exceptionnellement qu'on voie l'homme atteint d'une maladie qui présente tous les caractères de cette dernière affection. C'est le cas du jeune malade dont je vous signalai tout à l'heure la présence dans nos salles. De tels faits semblent au premier abord donner raison à ceux qui soutiennent que la sténose mitrale pure est une maladie commune aux deux sexes: mais soumettez-les à un examen plus approfondi, et vous verrez qu'ils sont plutôt confirmatifs du contraire.

Voyez par exemple le jeune garçon qui est couché dans nos lits. Il présente tous les signes physiques d'une sténose mitrale pure: frémissement cutané, souffle pré-systolique, dédoublement du second bruit. On ne relève dans ses antécédents aucune maladie infectieuse; aucune formation qui puisse faire soupçonner un rétrécissement mitral congénital, d'autant plus improbable que cet individu n'a jamais vu jusqu'à ce jour aucune trace de cette dyspnée qui apparaît dès l'enfance chez les sujets nés avec des anomalies cardiaques.

Tout paraît donc démontrer qu'il s'agit bien d'une sténose mitrale pure développée chez l'homme. Mais examinez de plus près le malade: il n'y a de la virilité qu'un semblant. Bien qu'il arrive à l'âge de seize ans, la puberté n'est point apparue chez lui. Les organes génitaux sont infantiles; le pubis, les aisselles, la face sont complètement glabres; la voix n'a pas mué. Les formes sont plutôt féminines; et ces anomalies sont d'autant plus frappantes qu'il n'existe aucun trouble dans l'évolution du squelette, ni, je vous l'ai déjà dit, aucun autre arrêt de développement.

Il me paraît impossible d'invoquer un pareil cas contre la théorie qui refuse la sténose mitrale pure à l'homme.

C'en est plutôt la confirmation, et jusqu'à un certain point l'explication.

A force de constater exclusivement la sténose mitrale pure chez la femme, nous en étions en effet arrivés à considérer cette affection comme un fruit de la nature féminine, comme une maladie dont le germe ne pouvait se développer que dans un milieu préparé par la

sécrétion des organes propre à la femme. Un fait comme celui que je viens de vous rapporter prouve qu'il n'en est pas ainsi : et que c'est plutôt l'absence des caractères virils qui est à la base du même état pathologique.

Quoi qu'il en soit, vous voyez que la doctrine que je soutenais au début de cette leçon reste entière : et c'est ce qui fait l'inanité de toutes les causes qu'on a prétendu lui donner.

On a soutenu que le rétrécissement mitral pur était d'origine *tuberculeuse*. Il est bien certain qu'un tiers des femmes atteintes de cette affection ont des lésions pulmonaires produites par le bacille de Koch, et que ces lésions sont généralement peu avancées, si bien que souvent l'autopsie seule les révèle. Or on a conclu que la sténose mitrale est en effet de la tuberculose, mais qu'une fois constituée elle devient une entrave au développement de cette dernière affection. Les deux parties de cette interprétation me semblent également discutables. En premier lieu, si la tuberculose est la cause du rétrécissement mitral, pourquoi ne la trouve-t-on que dans un tiers des cas ? Pourquoi surtout n'intervient-elle que chez la femme pour y déterminer une lésion spéciale ? D'autre part, comment concevoir ce processus compliqué par lequel la phthisie se condamne elle-même par une lésion qu'elle a créée. L'explication suivante me paraît rendre mieux compte des rapports de la tuberculose pulmonaire avec le rétrécissement mitral pur : les malheureuses femmes atteintes de cette lésion cardiaque, incapables de se livrer aux travaux qui leur permettraient de gagner leur vie, traînent longtemps dans les hôpitaux. Or nos salles sont, il faut hélas ! l'avouer, les conservatoires de la tuberculose. Elles regorgent de phthisiques qui, directement ou indirectement, transmettent leur mal à leurs voisins, admis dans nos services pour de tout autres affections, pour peu que la cohabitation se prolonge. C'est pour cette raison qu'il est si fréquent de relever des lésions tuberculeuses à l'autopsie de malades ou d'infirmités qui ont vécu longtemps dans nos salles infectées par le bacille de Koch ; et les sujets atteints de rétrécissement mitral n'échappent pas à cette règle. C'est un problème d'une haute importance, que je ne puis malheureusement discuter aujourd'hui, étant donnée la longueur des développements qu'il nécessite.

On a invoqué d'autre part dans l'étiologie de la sténose mitrale pure l'influence de la *chlorose*. Le rapprochement est évidemment séduisant. Il s'agit en effet de deux affections spéciales aux seules femmes, se développant à la même période de la vie sexuelle. Mais on est bientôt forcé de reconnaître que leur coexistence est exceptionnelle : qu'il n'est nullement démontré, lorsqu'elle existe, que la chlorose soit la cause de la lésion cardiaque ; la proposition inverse pourrait même être soutenue.

On a voulu faire jouer le premier rôle à la *névropathie*, à l'*hystérie*, à la *neurasthénie*, autrement dit à des états nerveux divers, dans le développement de la sténose mitrale. Il est facile de démontrer par la statistique qu'un état névropathique est en règle chez les malades atteints du rétrécissement pur de l'orifice auriculo-ven-

triculaire. Mais autre chose est de faire cette statistique, autre chose de l'interpréter. Si la névropathie est fréquente en pareille circonstance, on ne saurait s'en étonner. Tout être jeune et intelligent qui se voit, par le fait d'une maladie chronique, condamné à une vie exceptionnelle présentera nécessairement des troubles nerveux. Si vous développez devant une jeune fille ce soi-disant axiome qu'elle ne devra pas se marier, que mariée elle ne devra pas être mère, que mère elle ne devra pas être nourrice, soyez sûr d'ouvrir la porte à toutes sortes de chagrins qui auront un retentissement profond sur le système nerveux. Il n'est même pas nécessaire qu'un médecin commette l'imprudence de montrer toute la gravité de cette situation : la pauvre malade, rendue perspicace par son mal, comprend à demi-mot le triste avenir qui lui est réservé. Ne nous étonnons donc point si son système nerveux faiblit et trahit sa défaillance par des symptômes multiples.

On a encore attribué à l'*hérédro-syphilis* une influence sur le développement du rétrécissement mitral. Cette opinion s'appuie sur des faits si peu nombreux qu'on doit la considérer comme une simple hypothèse : d'ailleurs, fût-elle établie solidement, elle resterait toujours impuissante à expliquer pourquoi la sténose mitrale est spéciale à la femme.

La même objection s'applique à la théorie qui invoque une malformation congénitale du cœur, et sur laquelle j'ai déjà suffisamment insisté. On comprendrait d'ailleurs mal pourquoi ce vice de développement grave pourrait rester aussi complètement latent jusqu'à l'époque de la puberté, c'est-à-dire presque jusqu'à la croissance parfaite de l'individu.

En réalité, nous ignorons tout des causes du rétrécissement mitral pur. Nous savons qu'il est spécial au sexe féminin, qu'il n'est attribuable à aucune maladie infectieuse, que les premiers symptômes en apparaissent chez la jeune fille à l'époque de la puberté, que sa découverte est soit accidentelle, soit révélée par un surmenage que provoque des phénomènes asystoliques, et c'est tout. Nous n'avons même pas ici la ressource habituelle qui nous sert à masquer notre ignorance, celle de faire une hypothèse. Je n'en vois aucune qui soit plausible.

Je ne vous rappellerai pas ici les signes du rétrécissement mitral. Vous savez qu'il est caractérisé par un roulement diastolique, un souffle et un frémissement vibratoire présystoliques, et un dédoublement du second bruit. Nous vous faisons constater à chaque instant cet ensemble de signes au lit du malade. Remarquez toutefois qu'ils ne sont pas constamment réunis. Celui qui fait le moins souvent défaut est à coup sûr le frémissement cataire présystolique, et vous ne devez pas oublier que c'est par la palpation, plus que par l'auscultation, que vous ferez le diagnostic d'un rétrécissement mitral.

L'évolution du rétrécissement mitral vous est également connue. Cette maladie passe par trois périodes successives. Elle est d'abord complètement latente, et cela pendant un espace de temps très considérable. Dans aucune maladie du cœur l'apparition des premiers symp-

tômes n'est aussi tardive. Ces premiers troubles, qui marquent la seconde période du rétrécissement mitral, sont au reste peu accentués. Le plus souvent, on ne constate qu'un peu de dyspnée d'effort. Enfin, à la longue, la période d'asystolie peut survenir. Le pronostic est donc grave, mais il paraît l'être moins que dans les autres cardiopathies, à cause justement de cette lenteur particulière avec laquelle se déroulent les accidents.

Quant au traitement, il se réduit à des moyens d'hygiène dans les deux premières périodes, à la médication banale de l'asystolie dans la troisième.

Vous allez retrouver ces diverses particularités dans l'histoire des malades qui sont actuellement dans notre service, et que je vais maintenant passer en revue, pour mieux graver les choses dans votre esprit.

B. . . , salle Béhier, 7 bis, âgée de quarante ans, a les signes physiques classiques d'une sténose mitrale. Chez elle, la lésion cardiaque est restée très longtemps latente. Il y a quinze ans seulement on lui a dit qu'elle était atteinte d'une affection de coeur, dont les premiers symptômes éclatèrent à l'occasion d'un accouchement. Il y a sept mois, elle eut un nouvel accouchement qui, cette fois, n'occasionna pas de nouveaux accident circulatoires. Aussi continua-t-elle à se livrer impunément à des travaux manuels pénibles quand, il y a cinq mois, elle fut prise brusquement d'une hémiplegie droite qui a presque complètement disparu aujourd'hui.

Ainsi cette femme a un rétrécissement mitral qu'on ne peut attribuer à aucune maladie infectieuse et qui a été reconnu à l'occasion d'un accouchement. L'état de gravidité n'est cependant pour rien dans le développement de la cardiopathie: s'il paraît la provoquer, c'est qu'il la révèle en favorisant des phénomènes asystoliques.

Quant à l'hémiplegie, elle n'est pas rare chez ces malades. Elle est le fait d'une embolie cérébrale, partie de l'oreillette gauche énormément dilatée, et où se sont formés des caillots.

H. . . , salle Béhier, No 12, est âgée de trente-sept ans: Blanchisseuse, elle exerçait les travaux pénibles de son métier sans aucune gêne, montait les paniers de linge sans dyspnée, et jouissait d'une santé parfaite, quand elle fut frappée subitement d'un ictus apoplectique. Quand elle reprit connaissance, elle était paralysée du côté gauche. Cette paralysie, dont je vous expliquais les causes il y a un instant, est paradoxale au plus haut degré dans le cas actuel. Je vous répète que la malade était parfaitement valide. Elle avait eu quatre enfants; les accouchements avaient été parfaitement normaux. Son ictus apoplectique a été par conséquent le premier trouble constaté. Il faut donc admettre que chez elle l'oreillette gauche du coeur a pu se dilater, et la circulation du sang se ralentir dans cette cavité jusqu'à permettre la coagulation du sang sans qu'aucun symptôme soit venu trahir cette altération profonde du fonctionnement cardiaque! Il y a là un fait inexplicable, que je soumetts à vos réflexions.

D. . . , âgée de quinze ans, salle Béhier, no 25, présente au plus haut degré tous les signes classiques de la

chlorose. La peau et les muqueuses sont décolorées, cireuses. Il y a un gros souffle intermittent dans les vaisseaux du cou. La malade se plaint de maux d'estomac, de dyspnée, de fatigue, de troubles nerveux. Les règles sont irrégulières et peu abondantes. L'embonpoint est conservé. Un examen superficiel semble imposer déjà le diagnostic de chlorose. Mais, avec plus d'attention, on trouve un frémissement catairc de la région précordiale, et à l'auscultation un souffle présystolique avec doublement du second bruit.

Cette malade n'a jamais eu aucune maladie infectieuse; elle n'a jamais eu de malaises que dans les mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Si son affection cardiaque remonte à une date éloignée, elle est restée complètement latente. Les médecins qui ont décrit une forme chlorotique du rétrécissement mitral en retrouveraient ici le type achevé.

Comme vous le voyez, ce que je nie, ce n'est point la coexistence des deux maladies, c'est le lien de cause à effet qu'on a voulu établir entre elles. Si vous passez en revue nos autres malades, vous verrez qu'aucune d'elles n'est chlorotique.

N. . . , salle Béhier, no 4 bis, est âgée de vingt-deux ans. Elle vient d'un service de chirurgie où on lui a fait un curetage de l'utérus. On nous l'adresse parce qu'elle a une légère bronchite. Après quelques jours passés dans notre service, sa dyspnée diminue, les râles constatés dans sa poitrine disparaissent et elle paraît guérie. Elle nous raconte qu'elle a toujours été bien portante, qu'étant jeune elle courait comme les autres enfants. Depuis quelques mois seulement, elle avait de la difficulté à respirer, et s'essouffait plus facilement, ce qu'elle attribuait à son rhume. A l'auscultation du coeur, nous trouvons les signes classiques du rétrécissement mitral. Rien dans son passé ne peut expliquer le développement de cette affection. Elle n'a jamais eu de fièvre, ni aucune des maladies qui donnent lieu à des complications endocardiques.

J. . . , salle Béhier, no 28, âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital parce qu'elle était atteinte de grippe. Depuis plusieurs jours, elle avait de la céphalalgie, de la courbature, une angine, une légère bronchite, un peu de fièvre. Elle n'a jamais eu d'essoufflement, ni de palpitations; rien ne permet de soupçonner chez elle une lésion du coeur, et pourtant, à l'auscultation, on constate l'existence d'un souffle présystolique, d'un doublement du second bruit. Elle a un frémissement catairc très évident. Elle a eu autrefois la rougeole et la coqueluche, mais l'endocardite est on ne peut plus exceptionnelle dans ces affections. En un mot, l'examen physique seul permet de faire le diagnostic de la lésion du coeur.

Par comparaison avec ces malades atteintes de rétrécissement mitral pur, vous me permettrez de vous en signaler trois autres, atteintes d'autres variétés de sténose du même office.

G. . . , salle Béhier, no 6, âgée de vingt-quatre ans, a eu de dix à seize ans de petites attaques de rhumatisme articulaire aigu fébrile qui ont nécessité le repos au lit et

la médication salicylée. Elle avait eu également à l'âge de neuf ans une chorée, affection qui, comme vous le savez, se complique parfois d'endocardite. Les partisans de la chorée "rhumatismale" s'empresseraient de citer cet exemple. Pour nous, une affection s'accompagnant d'endocardite et de manifestations articulaires n'est pas nécessairement liée au rhumatisme articulaire aigu. Ces diverses manifestations indiquent simplement qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, on n'est autorisé à en tirer aucune autre conclusion. Quoi qu'il en soit, à quinze ans la malade souffrait déjà de dyspnée au moindre effort; un médecin consulté lui trouva une affection du cœur. Dans ces derniers temps, la dyspnée avait augmenté.

A distance, on voit déjà qu'il s'agit, non pas d'une sténose mitrale pure, mais d'une sténose avec insuffisance. Cette femme a en effet un facies jaunâtre, avec injection des pommettes très caractéristique. A l'auscultation, on trouve d'ailleurs, outre les divers symptômes du rétrécissement mitral, un souffle systolique de la pointe, et même un bruit superficiel, lié peut-être à une péricardie chronique. Il s'agit donc de lésions multiples du cœur, développées sous l'influence du rhumatisme, rétrécissant surtout la valvule mitrale, mais d'une façon qui n'est pas exclusive.

Salle Béhier, No 4. La malade est une tuberculeuse avancée. Elle a un rétrécissement mitral qui n'est pas pur, mais lié probablement à des malformations complexes. Chez elle le cœur est à droite, sa pointe bat sous le mamelon droit. Il peut s'agir ou d'une lésion congénitale, ou d'une déviation liée aux altérations pleuro-pulmonaires du poumon et de la plèvre droite. Toute cette histoire est assez difficile à éclaircir. Elle n'en est pas moins intéressante à rapprocher des cas précédents.

Salle Béhier, No 23. Cette malade présente un roulement diastolique, un souffle présystolique et un dédoublement du second bruit. Or elle est atteinte de pouls lent permanent. Elle a été l'objet d'une de nos conférences et je vous ai expliqué à quel mécanisme étaient dus les signes de sténose mitrale qu'elle présente. L'oreillette gauche distendue chasse dans le ventricule gauche plus distendu encore une quantité de sang très supérieure à la normale; et la force particulière avec laquelle s'exerce l'aspiration ventriculaire donne lieu aux symptômes physiques de la sténose mitrale.

Tels sont les faits que je désirais vous soumettre. Je ne prétends point vous en fournir l'explication. Je vous ai dit, et je vous répète, que la sténose mitrale est pour moi incompréhensible à bien des égards. Vous penserez peut-être que cette constatation constitue une piètre conclusion. Quant à moi, je suis convaincu que l'ignorance est préférable à l'erreur.

(in *Gas. des Hôpitaux*)

Neurologie

Symptômes décelant une lésion du faisceau pyramidal

On a cherché depuis longtemps des signes permettant de distinguer les hémiplegies hystériques des hémiplegies organiques. Ces signes sont nombreux; un bon nombre ont été décrits par M. Babinski; d'autres portent le nom de leurs inventeurs et sont souvent cités dans les observations; d'où l'intérêt qu'il y a à les bien connaître. Dans un article de la *Gazette Médicale de Nantes* (no 30) M. le Dr Ch. Mirallé les décrit très minutieusement: nous lui empruntons quelques parties de son étude.

M. Mirallé étudie ainsi dans cette revue tous les symptômes qui caractérisent les lésions organiques du système pyramidal, et qui permettent de les différencier des pseudo-paralysies, d'origine hystérique ou psychique. Il rappelle d'abord que nos connaissances sur ce point sont dues presque entièrement aux patientes et remarquables recherches de Babinski, dont il suit pas à pas les travaux.

En présence d'un malade présentant des symptômes de paralysie dans une région du corps, monoplégie, hémiplégie, on a à décider si cette paralysie est organique ou hystérique? Voici les symptômes que permettront de conclure à une lésion organique.

S'agit-il d'une paralysie de la face, certains symptômes ne peuvent être stimulés ni reproduits par la volonté où la suggestion: *l'effacement des rides du côté paralysé; l'exagération du réflexe sus-orbitaire de Mac Carthy*. Si on percute avec un marteau le nerf sus-orbitaire, on provoque une contraction dans l'orbiculaire des paupières qui semble se rassembler vers l'angle interne de l'œil.

Babinski a insisté sur la valeur du *signe du peaucier*. Le malade étant couché sur le dos, vous maintenez, avec votre main placée sur le front, la tête du malade fortement appuyée sur l'oreiller, et vous commandez au malade de relever la tête. Du côté sain, les fibres du paucier contracté se dessinent en relief sous la peau, du côté paralysé le peaucier ne se contracte pas. Ce signe du peaucier peut aussi se rechercher en faisant ouvrir la bouche du malade aussi largement que possible.

A l'abdomen, on ne peut guère signaler *quel'abolition du réflexe abdominal du côté paralysé* (Rosenbach).

C'est surtout du côté des membres que la sagacité clinique de Babinski a fourni une série de symptômes de première importance.

Membre supérieur: 10 *La flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras* témoigne de l'hypotonie musculaire chez ces malades. Prenant par le poignet l'avant-bras du malade en supination, vous vous efforcez par une flexion maxima d'appliquer la face antérieure de l'avant-bras sur la face antérieure du bras: du côté paralysé la pau-

LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

Le plus puissant des Iodo-Tanniques

Pas de contre-indications
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

"LE MEDECIN" LIMITEE

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



Bovril.

Est fait avec les cellules musculaires de bœuf de première qualité parfaitement dissociées.

Les sucs de la viande, avec les enzymes intra-cellulaires en solution, sont concentrés et incorporés avec la fibrine pulvérisée de tissu musculaire frais.

Outre sa valeur comme aliment azoté, le **BOVRIL** est doué de propriétés hydrolysantes et oxydantes qui amènent une large part des changements anaboliques et castaboliques dans les tissus du consommateur.

Un échantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

Il trouve surtout son indication dans le **RHUMATISME**, l'**ARTHRITE RHUMATISMALE**, la **GOUTTE**, le **LUMBAGO**, la **SCIATIQUE**, les **NEURALGIES**, en un mot dans tous les désordres de la **DIA-THÈSE URIQUE**.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans précipité, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

PHARMACIE
du DOCTEUR MIALHE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
8, rue Favart, Paris.

SOLUTION DE DIGITALINE
Cristalline de Petit-Mialhe Titrée au millième
Soul traitement rationnel et scientifique des cardiopathes

LEVURE de BIÈRE MÉDICINALE
Furonculose, Eczéma, Diabète, Dermatitis

LAB-LACTO-FERMENT
Digestion et assimilation du lait à tout âge

BANANINE MIALHE
Farine de bananes phosphatées. Nourriture légère et rafraîchissante.
Employée également avec succès dans le traitement de la
Dyspepsie, de la Gastro-Entérite et de la Constipation
habituelle.

ELIXIR ET PASTILLES DIGESTIVES MIALHE
Digestion - Suralimentation

Dépôt Général : Agence **ROUGIER**
MONTREAL

MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA, PSORIASIS, DARTRES, RIFLE, DEMANGÉAISONS, ULCÈRES, MAL DE BARBE, ETC., sont guéris rapidement par

— LA POMMADE —
ANTISEPTIQUE RAMEAU

Ce remède efficace a pour base une association de produits antiseptiques puissants et inoffensifs. Les travaux d'une légion de savants ont proclamé et prouvé les succès éclatants de l'antiseptique, et les succès obtenus dans les hôpitaux démontrent tous les jours l'efficacité incontestable de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépositaires pour le Canada:
LECOURS & DECARY, — Montréal.

Pour les Etats-Unis:
GEO. MORTIMER & CO.,
247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGÈNE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires
Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de Coscastovaine, de Benzoate de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Laryngites, Pharyngites,
Asthme, Amphyseme, etc - - - - -

Echantillons gratuits sur demande, adresser

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGÈNE PUR NAISSANT

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

— Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels du FOIE**,
la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES**,
les **CACHEXIES** d'origine paludéenne
ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS —
On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE
ou 4 cuillerées à café d'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de **GRENOBLE** (France),
ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.
Dépôt Général pour le **CANADA** : Pharmacie **ARTHUR DECARY**, à **Montréal**.

me de la main se rapproche davantage de l'épaule que du côté sain. — 20 *Le signe de la pronation automatique* se recherche ainsi: Vous prenez dans vos mains les mains du malade en plaçant celles-ci les pouces en haut les paumes des mains se regardant; puis par une série de petites secousses comme si vous les soupesiez, vous faites sauter les mains du malade dans les vôtres: du côté sain la main reste verticale; la paume face en dedans; du côté paralysé la main se met en pronation la face palmaire regardant vers le sol. — 30 On peut encore mettre en évidence cette tendance de l'avant-bras à se mettre en pronation par la recherche du "*pronation-phénomène*" de Strumpell: Si vous fléchissez l'avant-bras sur le bras, l'avant-bras se met spontanément en pronation et la main tend à se rapprocher de l'épaule non par sa paume mais par sa face dorsale; efforcez-vous alors de redresser la main et d'en appliquer la paume contre l'épaule; vous noterez d'abord une résistance manifeste puis dès que vous cessez votre action, la main se place en pronation. — 40 Introduisez votre index entre la paume de la main et les doigts fléchis de cet hémiplégique; en général on peut toujours écarter les doigts de la paume de la main, même dans les cas de forte contracture, suffisamment pour y introduire un doigt; essayez alors de redresser la main sur l'avant-bras; vous sentirez alors les doigts de la main de votre malade qui viennent se serrer contre votre doigt; c'est le *signe de la griffe mécanique*. — 50 Babinski a encore étudié un autre phénomène: parfois le malade peut allonger en partie les doigts, ou tout au moins la contracture est assez peu accentuée pour vous permettre l'extension passive des doigts. Prenez chaque main de votre malade dans une des vôtres, paume contre paume; imprimez aux mains du malade une série de petites secousses, pendant que vous retirerez progressivement vos mains; la main du côté paralysé tombe avant celle du côté sain.

M. Mirallié décrit encore plusieurs signes moins importants sur lesquels nous ne pouvons insister.

Nombreux sont les symptômes qui du côté des membres inférieurs dénotent une perturbation du faisceau pyramidal: 10 Nous avons d'abord l'*exagération des réflexes tendineux*: réflexe rotulien, réflexe achilléen. — 20 Puis le *phénomène du pied et le clonus de la rotule*. — 30 Babinski a décrit un symptôme de toute première valeur qui, lorsqu'il existe, entraîne à lui seul le diagnostic; c'est le *phénomène des orteils* ou *signe de Babinski*. Quand chez un individu sain vous chatouillez la plante du pied, vous produisez une série de mouvements réflexes que l'on peut classer ainsi: d'abord un mouvement de retrait en masse du membre inférieur, mouvement de défense; c'est le réflexe plantaire proprement dit; une excitation moins forte provoque une contraction du *fascia lata* visible sous les téguments de la partie antéro-externe de la cuisse; c'est le réflexe du *fascia lata* du Brissaud; enfin vous provoquez en même temps une contraction en flexion plantaire des orteils qui se recourbent vers la plante du pied. Dans l'hémiplégie or-

ganique, le réflexe plantaire et le réflexe du *fascia lata* persistent, mais la contraction des orteils est renversée: sous l'influence du chatouillement plantaire, le gros orteil, même parfois les autres orteils, se redressent vers le dos du pied et se mettent en extension sur le dos du pied: c'est le *signe de Babinski, caractéristique, quand il existe, d'une perturbation du faisceau pyramidal*. Ce signe de Babinski est très précoce, il peut se montrer quelques minutes après l'attaque. — 40 Cette intoxication de la face plantaire du pied produit parfois un mouvement de latéralité des orteils qui s'écartent les uns des autres, se déploient: *signe de l'éventail*. — 50. On peut encore provoquer l'extension dorsale du gros orteil par d'autres procédés. On appuie fortement sur les muscles de la région antéro-externe de la jambe, à un travers de doigt environ en dehors de la crête du tibia, et tout en maintenant la pression, on descend peu à peu le doigt parallèlement à la crête tibiale; on voit alors le gros orteil se redresser: *signe d'Oppenheim*. — 60 On arrive encore parfois au même résultat en pinçant fortement et profondément le tendon d'Achille au-dessus de son insertion sur la calcaneum, en arrière des malléoles: *Signe de Schafer*. — 70 Enfin la compression faite avec les deux mains des muscles des mollets produit aussi l'extension du gros orteil: *Réflexe paradoxal de Gordon*. D'après cet auteur, ce réflexe serait très précoce, précéderait le signe de Babinski et disparaîtrait quand celui-ci apparaît. — 80 Le suivant, décrit par Babinski, est de grande importance: le malade étant couché sur le dos, bien à plat, les bras croisés sur la poitrine, vous lui ordonnez de s'asseoir; du côté paralysé, le talon se détache du plan du lit et s'élève tandis que la jambe saine reste accolée sur le lit: c'est la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*. Si le malade assis se laisse lentement retomber sur le plan du lit, le même phénomène se reproduit, et la jambe paralysée se soulève. Dans les cas très atténués, on peut mettre en évidence le phénomène en faisant coucher le malade sur le lit, les jarrets reposant sur la barre du lit, les jambes pendantes. Quand le malade s'efforce de s'asseoir, la jambe saine s'applique contre le lit, tandis que la jambe paralysée s'en détache et se relève. — 90 Grassét et Gausset ont décrit le phénomène suivant: le malade étant couché sur le dos, on lui ordonne de soulever alternativement les deux membres inférieurs; il le fait facilement pour le membre sain, plus difficilement pour le membre paralysé: le membre sain étant soulevé, on commande au malade de soulever le membre sain, tout en maintenant en l'air le membre paralysé. Ce mouvement est impossible et le membre paralysé retombe dès que le membre sain s'élève: *Signe de Grassét et Gausset*. — 100 Votre malade étant couché, soulevez alternativement les membres inférieurs, en les tenant sous les talons, et en les maintenant dans l'extension comme pour la recherche du signe de Lasègne: du côté sain, le membre inférieur reste dans la rectitude; du côté paralysé le genou se fléchit (Néri).

Pendant la marche, quelques petits symptômes de-

vront attirer votre attention. L'hémiplégique organique quand il marche maintient l'avant-bras fléchi sur le bras, et surtout fortement accolé au corps, il ne *balance pas le bras en marchant* (Babinski). Il est enfin de notion classique que l'hémiplégique *fauche en marchant*, il porte le pied en avant et en dehors, lui faisant décrire un arc de cercle et projette son pied exactement comme un amputé de cuisse fait de son pilon.

Enfin votre malade étant debout, vous lui recommandez de fléchir le tronc en avant: Immédiatement du côté paralysé le genou se fléchit, tandis que du côté sain la jambe reste dans la rectitude (Néri).

Tels sont les symptômes qui nous permettent de déceler une lésion organique du faisceau pyramidal et de poser le diagnostic, parfois si délicat, entre l'hémiplégie organique et la pseudo-hémiplégie hystérique. Ce syndrome n'existe presque jamais au grand complet; aussi est-il important de le connaître dans tous ses détails, de façon à pouvoir dépister dès le début la nature de la maladie.

Ce syndrome du pyramidal peut exister dès le début

de la maladie, dès même la période de coma chez l'hémiplégique. Bien entendu, on ne peut rechercher ici les symptômes où la participation active du malade est nécessaire. Mais l'effacement des rides du visage, le signe de Mac Carthy, l'exagération des réflexes tendineux, avec abolition du réflexe cutané abdominal, la pronation automatique de la main, la flexion exagérée de l'avant-bras, le signe de Babinski, le réflexe paradoxal de Gordon, le signe d'Oppenheim, permettent le diagnostic.

Ce syndrome du pyramidal, on le rencontrera toutes les fois qu'il existera une lésion ou une perturbation du pyramidal, quels que soient la cause et le siège de cette lésion: embolie ou hémorragie cérébrale, tumeur cérébrale, lésion protubérantielle ou spinale, compression de la moelle, sclérose latérale amyotrophique, etc.

On comprend quelle est l'importance capitale des phénomènes signalés. M. Mirallié rappelle que c'est surtout à Babinski que nous devons leur connaissance. Ce médecin a ainsi établi d'une façon essentiellement clinique et pratique un des chapitres de plus intéressants de la neuropathologie.

NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. F. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE.

Les auteurs diffèrent beaucoup sur la manière dont ils conçoivent le traitement de la rougeole. Heubner, par exemple, recommande les moyens diaphorétiques: enveloppements chauds, boissons chaudes, pour favoriser le développement de l'exanthème. Au contraire, Comby, Grancher et d'autres rejettent les moyens qui poussent à l'éruption. Mais tous les auteurs surveillent l'aération dans une chambre chauffée à 20 degrés.

Les cas non compliqués ne doivent pas être baignés, le régime est léger et liquide au début.

La conjonctivite, qui est presque constante, est combattue par des lavages tièdes, l'application de pommades au précipité sur le bord des paupières. Si la conjonctivite est intense dès le début, on appliquera des compresses froides avec une solution de sulfate de cuivre à 1 p. 250 ou 500, pendant quinze minutes trois fois par jour.

Le coryza n'exige que des soins de propreté avec application de vaseline sur les narines et la lèvre supérieure. En cas de sécrétion purulente il est indiqué de faire faire des inhalations de vapeur d'eau additionnée de camphre, d'essence de térébenthine, et s'il y a du gonflement de la muqueuse nasale, des lotions avec des solutions faibles d'acide borique, d'acide phénique, de sul-

fate de cuivre (1 p. 500). On rejettera la douche nasale qui expose à l'infection des trompes. Les soins de la bouche sont très importants. La toux quinteuse et sèche peut être calmée par le simple spray. La laryngite grave est favorablement influencée par l'application d'une sangsue de chaque côté du larynx, mais il vaut mieux s'abstenir d'applications de sinapismes, de teinture d'iode très douloureuses sur la peau déjà très sensible. Au premier soupçon de diphtérie, il est bon d'injecter une forte dose de sérum antidiphtérique.

Si la fonction cardiaque diminue d'énergie au cours d'une broncho-pneumonie étendue, on aura recours en dehors des expectorants, aux bains sinapisés, aux enveloppements sinapisés, aux injections d'adrénaline, aux bains chauds à 34-35 degrés avec affusion d'eau à la température de 24-26 degrés. Contre les menaces de collapsus cardiaque on aura recours aux injections d'huile camphrée, de caféine, de digitale, de digitalène, une saignée peut avoir une très heureuse influence.

Les symptômes gastro-intestinaux exigent un traitement qui varie suivant les cas. Au début on donnera de petites doses d'huile de ricin, du lait froid, de la limonade. Si les selles sont sanguinolentes, on fera des irrigations intestinales avec de l'eau glacée, du tannin, de l'acétate de plomb. L'alimentation doit être d'abord liquide et revenir ensuite peu à peu à la normale.

Aux phénomènes d'irritation méningée on opposera des applications froides sur la tête, si la température est très élevée, on donnera des bains tièdes à 30-32 degrés. On évitera de donner des antithermiques, sauf dans certains cas la quinine. Le malade pourra enfin quitter le lit s'il n'existe pas de complications et si la fièvre a cessé depuis une semaine.

Par J. Siegert (*Deut. m. i. W'och.*, 4 août 1910).



NEPHRITE SYPHILITIQUE ET SYPHILIS DU REIN.

La syphilis rénaie secondaire apparaît ordinairement dans les 6 premiers mois: dans un cas de Balzer elle apparut immédiatement après le chancre; la syphilis rénaie tertiaire peut apparaître tardivement, huit, dix et même trente ans après le chancre.

A la période secondaire, il s'agit d'une néphrite banale, du type gros rein blanc, généralisée; à la période tertiaire, il s'agit de gomme, de lésions scléreuses ou lésions scléro-gommeuses localisées: quelquefois on trouve le type amyloïde. En somme, la syphilis frappe le rein à peu près de la même façon que la tuberculose.

La néphrite syphilitique secondaire ne présente pas de particularités cliniques: elle se manifeste par les symptômes habituels: albuminurie légère ou massive, oedème. Il y a plutôt de la polyurie que de l'oligurie; la terminaison se fait souvent par urémie.

La syphilis tertiaire présente des signes cliniques de néphrite interstitielle: quelquefois elle affecte un type chirurgical, grosse tumeur gommeuse.

Le diagnostic de la nature syphilitique de la néphrite peut se faire par la réaction de Wassermann, mais celle-ci peut manquer dans les cas anciens; on a pu exceptionnellement trouver le tréponème dans les urines.

On fera le traitement mercuriel en employant l'iodure de potassium et le traitement ordinaire des néphrites comme adjuvants. On préférera les injections solubles et surtout le mercure colloïdal: dans les cas pressants d'urémie sûrement syphilitique, on n'hésitera pas à faire une injection quotidienne intra-veineuse de 3 à 7 centimètres cubes de mercure colloïdal.

Par Gouget (*La Clinique*, 17 décembre 1909).



LA GLYCERINE DANS L'ANEMIE PERNICIEUSE.

L'anémie pernicieuse, d'après MM. Tallqvist et Faust, est due à l'action hémolytante d'une substance lipode, vraisemblablement l'acide oléique. La glycérine, formant avec ce dernier un éther inoffensif (trioleïne), est donc indiquée, selon MM. J. Vetlesen (de Christiania) dans la thérapeutique de l'affection sanguine.

Le médecin norvégien a, en effet, employé avec succès ce médicament dans deux cas d'anémie pernicieuse. La plus récente observation concerne une femme

qui accusait une grande lassitude, des vertiges, des palpitations, et des troubles de la vue. La malade présentait, de plus, de la fièvre, de la tachycardie, un souffle anémique, systolique, des hémorragies rétinienne et une pâleur marquée de la face.

L'examen du sang donna les résultats suivants: 900.000 érythrocytes, 2.000 leucocytes, poikilocytose, nombreux érythrocytes, présence de polychromatophiles et d'érythrocytes granuleux basophiles; taux de l'hémoglobine 20 p. 100.

L'auteur prescrivit l'ingestion quotidienne de trois cuillerées à bouche de glycérine, additionnée, à chaque prise, du jus d'un demi citron.

Cette thérapeutique améliora rapidement la crase sanguine; au bout de vingt et un jours, le taux de l'hémoglobine était de 60 p. 100, et le nombre des érythrocytes de 2.860.000.

Après sept semaines l'hémoglobine atteignit 90 p. 100; le chiffre des globules rouges s'éleva à 4.700.000 et celui des leucocytes à 5.500.

La malade avait notablement engraisé: son poids avait passé, en effet, de 46 k. 500 à 58 k. 200.

M. H. J. Vetlesen tentera également de traiter la maladie avec le seul suc de citron.

(*La Semaine médicale*, No 4, 26 janvier 1910, p. 45).



TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AVEC ICTERE.

La pneumonie bilieuse ou la pneumonie avec ictère est une conséquence de l'infection hépatique. L'ictère pneumococcique, comme tout ictère infectieux, est fonction d'hépatite et non d'angiocholite. C'est l'expression de la localisation hépatique de la pneumococcémie. L'ictère découle de la lésion des cellules hépatiques et non des canaux biliaires. Le pronostic dépend surtout de l'état antérieur du foie, et non de l'intensité de l'ictère. C'est ce qui fait que la pneumonie avec ictère est particulièrement grave chez les alcooliques et les vieillards cachectiques. S'il s'agit d'une atteinte primitive du foie, on peut présumer que l'évolution sera bénigne.

Le traitement des pneumonies bilieuses est le même que celui de toute pneumonie. Il faut seulement porter une attention particulière sur les troubles digestifs et ne donnera les éméto-cathartiques, si fréquemment prescrits dans les pneumonies bilieuses, par les médecins de donner la préférence aux laxatifs salins, en aucun cas on l'époque rasorienne. L'ipéca est un médicament éminemment déprimant et ne jugule point la pneumonie comme le prétendaient les anciens. Il ne diminue point sa durée et ne met point à l'abri des complications.

Le régime doit être le lait, ou tout au moins à base de régime lacté.

Par le professeur U. Monnier (*Gazette médicale de Nantes*, 6 août 1910).

Progrès des Sciences Médicales

LA STÉNOSE PYLORIQUE DES NOURRISSONS

On groupe sous ce nom le rétrécissement du pylore produit soit par une atresie congénitale, soit par une hypertrophie de la musculature, soit par un spasme du pylore. Les deux dernières sténoses ont seules de l'importance en clinique. L'affection qui se déclare dès les premiers temps de la vie est beaucoup plus fréquente chez les garçons; et les enfants nourris au sein semblent plus facilement atteints que les autres. Dans le spasme pylorique le pronostic est généralement favorable, il n'en est plus de même si la sténose est anatomique et tout dépend du degré de la sténose et de l'énergie de la musculature de l'estomac.

Le traitement est médical ou chirurgical. On commence par le premier qui est avant tout diététique. L'enfant doit prendre le lait de la mère ou d'une nourrice. Bendix a proposé de procéder de la façon suivante, ce qu'il a fait avec succès dans une trentaine de cas:

L'enfant est soumis d'abord pendant vingt-quatre heures à une diète hydrique abondante. Le lendemain il reçoit pour vingt-quatre heures cinq repas pendant lesquels il tète à volonté. Si les vomissements sont fréquents ou abondants, on multiplie les repas en réduisant la ration de 90 à 50 grammes par tétée. Après un certain temps on retourne à la ration normale de l'enfant sans se laisser influencer par les vomissements.

Il peut être parfois utile de remplacer le lait maternel par une alimentation maigre, le babeurre, dans les cas où il y a de l'hyperchlorhydrie.

On surveillera ensuite la déshydratation de l'enfant et on la combattra par l'administration d'eau par la bouche, les lavements à l'eau salée, les injections sous-cutanées de solution saline.

Les lavages de l'estomac ont une action douteuse. La constipation se combat par les lavements, l'huile de ricin, les suppositoires.

Contre les douleurs, cataplasmes avant le repas, bains chauds répétés, petites doses d'opium:

Téinture d'opium, 1-2 gouttes,
Téinture de valériane, 10 grammes
5 à 10 gouttes par jour.

ou bien:

Carbonate de potassium ou carbonate de magnésie,
4-5 grammes,

Téinture d'opium, 1-3 gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges, 50 grammes.
Eau distillée, 100 grammes.

Agiter. Une cuiller à café après le repas.

Il faut patienter cinq à six semaines avant de risquer une intervention chirurgicale, si le traitement médical n'a pas apporté de soulagement.

Par A. Lemaire (*Rev. méd. de Louvain*, 15 janvier 1910).

LA VALEUR DE LA GLYCOSURIE POUR LE PRONOSTIC DU DIABÈTE.

L'auteur s'attache à montrer que la glycosurie dans le diabète n'a que la valeur d'un symptôme, et qu'on s'expose à de graves erreurs en basant uniquement sur ce symptôme, comme on le fait trop fréquemment, le pronostic de la maladie. C'est que la glycosurie dépend d'une série de facteurs qu'il est souvent très difficile, sinon impossible, d'apprécier.

Une glycosurie abondante chez un malade ne suivant aucun régime pourra avoir moins de gravité, toutes conditions égales d'ailleurs, qu'une glycosurie légère chez un malade soumis à un régime rigoureux. Il faut juger l'insuffisance d'utilisation du sucre en connaissant exactement la façon dont le malade suit son régime, et la quantité d'hydrocarbonés qu'il absorbe réellement. D'autre part, les tissus sont capables d'accumuler des quantités de sucre énormes (2,400 grammes chez un homme de 60 kilogrammes d'après Pglüzer): l'accumulation de ce sucre dans les tissus, ou au contraire son élimination, peuvent modifier momentanément la glycosurie et faire croire à tort à une amélioration ou à une aggravation de la maladie. Les analyses répétées à plusieurs jours d'intervalle permettront d'éliminer cette cause d'erreur.

Les troubles gastro-intestinaux peuvent amener, par fermentation, la destruction des matières amylacées et fausser les résultats de l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Une lésion rénale peut diminuer la glycosurie alors que l'hyperglycémie, augmente, et partant la gravité du diabète.

Il est donc imparfait pour apprécier l'avenir d'un diabétique et sa

En somme, la glycosurie constitue un élément très signification réelle sera à déterminer chez chaque individu en tenant compte de ces différents facteurs.

Le pronostic doit s'appuyer davantage sur l'amaigrissement, la perte des forces, l'état des réflexes, la présence de l'acétone qui indique toujours une forme grave.

De ces notions se dégage, au point de vue thérapeutique, ce fait important qu'il ne faut pas vouloir à tout prix diminuer la glycosurie au risque de faire maigrir et d'affaiblir le malade. Il faut permettre au diabétique la quantité d'aliments hydrocarbonés qu'il peut utiliser et chercher à les lui faire brûler le mieux que l'on pourra.

Il faudra se méfier enfin des substances médicamenteuses qui paraissent diminuer la glycosurie par un mécanisme souvent difficile à apprécier, mais sans améliorer pour cela le diabète.

(E. Dufourt, de Vichy. *Journal des médecins praticiens de Lyon*, 30 avril 1910.)