

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. E. BOULET,
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XXXIX

1er DECEMBRE 1910

No 12

ACTUALITES

LE BLUFF AMERICAIN

FONDATION CARNEGIE ET UNIVERSITE LAVAL, A MONTREAL

IGNORANCE ET PRÉJUGÉS

En mars 1909, un certain médecin américain, du nom de Flexner, — Abraham, de son petit nom — est venu à Montréal dans le but d'étudier le fonctionnement des universités Laval et McGill et faire rapport au nom d'une institution philanthropique américaine désignée sous le nom de "fondation Carnegie." (1)

Son rapport sur l'école de Médecine Laval, à Montréal, est très défavorable. Malheureusement pour la fondation Carnegie et aussi pour nous, à l'étranger, tout est faux dans ce rapport : chiffres, dates, salaires, enseignement théorique et pratique, etc. C'est une infamie.

Son rapport sur McGill est très élogieux. Cela se comprend : affinités de races, belles bâtisses, riches dotations. L'américain, bluffeur, avant tout, se laisse facilement impressionner par ce qui frappe la vue : marbres imposants, colonnes dorées. C'est, du reste, sa seule façon, à lui, d'impressionner l'étranger.

(1) The Carnegie foundation for the advancement of teaching — Medical education in the United States and Canada — Bulletin number four, 1910, by Abraham Flexner, page 324, 325, 326.

Nous reconnaissons volontiers que, sur ce point, le rapport est véridique. McGill est bien dotée et bien organisée. Nous connaissons ses professeurs ; la plupart ne sont pas des astres, mais, quelques-uns — on les compterait sur les doigts d'une main, — sont des maîtres dans l'art qu'ils enseignent.

J'ajoute que ces maîtres ont été importés à grands frais des vieux pays.

Je me plais à signaler le fait en passant, car l'organe de McGill, le " Montreal Medical Journal " a publié en entier, *et sans commentaires*, le rapport de Flexner concernant les Universités Laval et McGill à Montréal. (1) Or, comme ce rapport est faux et mensonger, qu'il qualifie l'Université Laval d'incompétante et qu'il conclut à tort à sa suppression en se basant sur des faits inexacts que le rédacteur ou les directeurs de ce journal connaissent, je me permettrai de leur dire qu'ils ont commis, là, *une vilénie*.

Qu'ils vantent leur Université McGill, très bien. Mais qu'ils profitent de leur position et de leur journal pour propager au loin des erreurs et de regrettables préjugés sur notre enseignement médical à Laval, c'est regrettable. Nous protestons énergiquement contre ce manque absolu de courtoisie.

Quant à M. Flexner, nous nous permettrons de lui dire que son rapport est *faux et ridicule*.

— Si vous aviez pris la peine de vous renseigner, M. Flexner, — c'est si facile — vous auriez vu que nos laboratoires sont munis de tout ce qui est nécessaire à l'enseignement technique ; que la dissection est faite avec un soin tout particulier ; que l'anatomie est enseignée durant deux années ; que nos cours théoriques ne le cèdent à aucun de ceux que vous donnez dans vos universités millionnaires ; et que les cliniques, dans nos hôpitaux, sont égales aux meilleures par le nombre et la variété des malades, autant que par la clarté et l'érudition de l'exposé magistral.

Si vous aviez pénétré plus loin dans notre organisation, vous auriez appris que nous avons fondé notre Université avec du dévouement, exclusivement.

Pas de dotation à l'origine de notre existence.

Vous auriez suivi, chaque année, le développement qui s'est fait dans toutes les branches de notre enseignement ; les perfec-

(1) Voir Montreal Medical Journal, Août 1910, page 561.

tionnements que nous y avons apportés ; l'orientation nouvelle que nous avons donnée à cet enseignement au fur et à mesure de l'évolution des sciences médicales.

En un mot, à défaut de millions, d'escaliers de marbres et de pilastres dorés, vous auriez constaté que l'école de médecine Laval est animée d'un véritable esprit de progrès qui s'est développé aussi rapidement que nos ressources restreintes nous le permettaient, et qui a presque triplé le programme de ses études depuis 15 ans. Le cours est, aujourd'hui, de 5 ans.

Enfin vous auriez appris une chose dont vous êtes incapables aux Etats-Unis : que la plupart de ces 35 agrégés ou professeurs-suppléants enseignent *sans aucune rémunération*, et que les professeurs titulaires sont à peine payés.

N'avez-vous pas observé, aussi, que les élèves sont logés dans une magnifique bâtisse où les salles de cours et les laboratoires sont bien éclairés, bien ventilés et proprement tenus ?

— Non.

Vous ignorez tout cela ; ou plutôt, vous feignez de l'ignorer, car je sais pertinemment qu'un de nos professeurs vous a renseigné sur tous les faits importants qui concernent notre Université.

Vous avez même eu en votre possession — vous les avez encore — tous les documents — annuaires des Universités Laval de Québec et de Montréal, annuaire de la faculté de Médecine à Montréal — qui vous permettraient de nous rendre justice au point de vue des chiffres et des dates, au moins.

Plus que cela, vous avez même reçu tous ces documents annotés de façon à vous simplifier la tâche.

Vous n'en avez pas tenu compte. Au contraire, vous avez fausé délibérément les chiffres dans le but évident de déprécier l'enseignement médical français au Canada.

Sur quoi vous basez-vous pour écrire à la page 150 de votre rapport " . . . and Laval at Montreal have no present function " ?

Pourquoi donc avez-vous ignoré les documents officiels que vous avez encore entre les mains et qui vous auraient permis de tirer des conclusions moins draconiennes ?

Pourquoi ?

Parce que vous n'avez pas pris la peine de les lire ou que vous êtes incapable de les comprendre, car ils sont publiés en français.

Notre idéal, nos goûts, l'histoire de notre développement au point de vue universitaire, vous n'en savez rien.

Et vous ne craignez pas de publier un rapport, que vous avez distribué partout, dans lequel vous avez inséré des erreurs graves et des inepties sur une Université qui jouit, ici et ailleurs, d'un prestige chèrement acquis, et que nous défendrons contre tous les " faiseurs " de votre acabit.

Vous êtes bien américain, M. ABRAHAM FLEXNER à moins que vous ne soyez autre chose !...

Pour nous, vous n'êtes qu'un bluffeur.

Nous attendons un mot de protestation de la part de la Faculté de Médecine à Montréal. Ce rapport est publié depuis août et le Conseil n'a pas bougé.

Il est temps d'agir. On a beaucoup trop tardé. L'injure ne saurait être plus grave.

ALBERT LESAGE.

LA FONDATION CARNEGIE ET L'UNIVERSITE LAVAL, A MONTREAL

Observations sur quelques statistiques.

M. le Rédacteur,

Si le sujet sur lequel j'attire l'attention de vos lecteurs sort du cadre ordinaire de vos travaux, j'ai pour excuse l'intérêt primordial qu'il doit avoir pour la profession médicale canadienne française.

Nous avons le respect de notre Université. Ce respect, nous en trouvons la raison d'abord dans son but, dans ses origines, dans les luttes qu'elle a dû subir ; nous en trouvons la raison encore dans son esprit de progrès, dans la sûreté de sa direction, et dans la valeur de son enseignement.

Il n'est donc pas étonnant que nous déplorions, je dirai plus, que nous ressentions amèrement toute atteinte que l'on puisse porter à sa bonne renommée.

Ces réflexions nous sont suggérées par la lecture d'un rapport que vient de publier l'Institut Carnegie, sur l' " *Enseignement de la Médecine aux Etats-Unis et au Canada.* "

Comme nombre d'autres pays, les Etats-Unis ont leur question de l'Enseignement.

L'Enseignement professionnel y constitue un problème de plus en plus sérieux.

C'est ce problème que la fondation Carnegie a entrepris de résoudre.

La Médecine a été l'objet de ses premières recherches.

Comment enseigne-t-on la médecine ? Quelle est la valeur des différentes Ecoles ?

Après avoir fait des Enquêtes sur les Ecoles des Etats-Unis — au nombre de 155, — elle a étendue ses investigations aux huit institutions similaires que nous possédons en ce pays.

Reconnaissons ses bonnes intentions et ses grandes ressources.

Mais, avouons-le, ces Enquêtes faites par des institutions privées dans les domaines d'autres institutions privées, — nous n'avons pas ici d'Université d'Etat, — constituent toujours une certaine intrusion.

Elles demandent plus que de bonnes intentions, plus que de grandes ressources.

A moins qu'elles ne soient faites avec beaucoup de tact, d'impartialité et une grande largeur de vues, elles risquent de produire des effets tout autres que ceux qu'en attendaient leurs auteurs.

Que ce rapport fasse époque, nous n'en doutons pas. Mais il y a manière de faire époque.

Et l'on peut se demander si c'est dans l'histoire de la profession Médicale ou dans l'histoire de la fondation Carnegie qu'il aura ce privilège.

La question n'est pas si paradoxale qu'on le croirait au premier abord.

De toutes parts, en effet, et d'institutions importantes, qu'entendons-nous ? Des récriminations, des plaintes irritées, des accusations.

La presse médicale américaine a pris fait et cause pour certaines institutions mal jugées ; et nombre d'organes importants ont fait des commentaires très sévères sur l'œuvre de la fondation Carnegie.

Somme toute, l'un des résultats les plus apparents, c'est l'écrou-

lement de ce piédestal d'infailibilité sur lequel la munificence du philanthrope américain avait placé cette Institution.

Que dans bien des cas, ces accusations de négligence ou de parti pris, que l'on porte contre l'Institut, soient fondées, nous aurions voulu en douter.

Elles se font malheureusement tous les jours de plus en plus nombreuses et précises.

D'ailleurs, l'on ne saurait mieux démontrer leur bien fondé qu'en étudiant la manière dont l'enquête a été faite à l'Université Laval de Montréal.

C'est en mars 1909, que M. Flexhner, l'auteur du rapport, fit, à l'Université Laval, l'honneur d'une visite.

Très courte, cette visite : *une vingtaine de minutes à peine* ; trop rapide assurément pour qu'un mortel ordinaire puisse faire des observations quelconques ; encore moins tirer des conclusions.

Mais, M. Flexhner n'est pas un observateur ordinaire, c'est un " critique expert " ; d'un coup d'œil, — at a glance, — il embrasse l'esprit, l'idéal et les avantages pratiques des institutions qu'il visite.

C'est du moins ce qu'affirme dans sa préface, le président de la fondation.

Jusqu'à plus ample informé, croyons-les.

Qu'à donc vû M. Flexhner ?

Nous traduisons textuellement son rapport !

— "*Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal.*

Fondée en 1878. — Les rapports avec l'Université ne sont pas intimes.

Examen d'admission. — Indéfini, dépendant de l'endroit où veut s'établir l'Étudiant.

Le cours d'études dure cinq ans.

Nombre d'élèves : 207.

Corps enseignant : 8.

Ressources. — Honoraires, dont la plus grande partie est partagée entre les professeurs.

Laboratoires. — La chimie est donnée par l'Université.

L'*Anatomie* se limite à la dissection.

Un seul laboratoire, pourvu d'un pauvre outillage, est assigné à la bactériologie, à la pathologie et à l'histologie. Il y a une bibliothèque et une petite collection de spécimens, pas tous marqués.

Avantages cliniques. — L'Ecole a accès à deux hôpitaux, contenant ensemble 250 lits. Le dispensaire est raisonnablement suivi.

Date de la visite : mars 1909. ”

M. l'expert est tellement convaincu de la justesse de son coup-d'œil, qu'il n'a évidemment pas jugé à propos de consulter l'annuaire de la Faculté de Médecine et de l'Université Laval.

A quelque chose malheur est bon.

— En omettant cet examen, M. l'expert, vous nous avez ménagé l'honneur de le faire avec vous.

Faisons-le donc, confraternellement, comme si nous étions d'accord sur tous les autres points.

— Je connais une arme plus puissante que la colonnie, disait un philosophe ; c'est la vérité.

Voyons qu'elle est la vérité.

Omettons la question historique. — Vos dates démontrent que vous ne la connaissez pas ; et d'ailleurs, elle ne vous intéresse guère.

Ne parlons pas, non plus du nombre des élèves, vous n'en donnez pas la moyenne ordinaire ; mais elle peut varier ; n'insistons pas.

Bornons notre examen aux questions éducationnelles.

Première constatation : le nombre des professeurs est de huit ! ! . . .

Or, voici ce que nous apprend l'annuaire ! — Nous ne dirons rien qui n'y soit contenu en toutes lettres. —

— L'Enseignement est donné par 21 professeurs titulaires, avec l'assistance de 2 professeurs adjoints, de 32 professeurs agrégés et de 15 démonstrateurs. — Soit 55, contre 8 du rapport.

Que dites-vous de la différence des chiffres ?

Affaire de coup-d'œil probablement.

Pendant que nous sommes sur ce sujet des professeurs, laissez-moi vous dire une chose.

Ces hommes que vous ignorez ne sont pas les premiers venus.

La plupart portent des noms connus ; plusieurs, les uns dans la

Médecine, dans l'hygiène ; d'autres dans la chirurgie, quelques-uns dans l'art obstétrical, ont fait leur marque.

Plusieurs, parmi eux sont des élèves diplômés de la Faculté de Médecine de Paris, la première Université du monde.

Nos démonstrateurs sont choisis avec soin parmi nos anciens élèves les plus brillants et les mieux doués. Après leurs études, ils vont à l'étranger, dans les Universités les plus fameuses; puiser des connaissances spéciales sur les matières qu'ils doivent enseigner.

Voici un chef d'accusation plus grave.

Les ressources de la Faculté de Médecine, dites-vous, sont les revenus qu'elle retire des élèves, — revenus dont la plus grande partie est partagée entre les professeurs.

Auriez-vous, par hasard, objection à ce que les professeurs d'une école, même de Médecine, soient rénumérés ?

Non, n'est-ce pas. — Ce ne serait pas un progrès.

Puis, vous seriez peut-être en fort mauvaise position.

C'est alors une insinuation de mercantilisme que vous faites contre les professeurs de l'Université Laval.

Eh bien ! rassurez-vous. — Toute l'histoire de la faculté vous offre un démenti formel. Personne ne s'y est enrichi, au détriment des élèves.

La faculté a son budget annuel, fait avec soin. Selon les besoins, exposés par les professeurs, chaque laboratoire a sa subvention spéciale. Les salaires ne viennent qu'ensuite.

Nous aurions aimé, vous voir étudier avec soin, le système financier de l'École de Médecine.

Vous auriez appris ce qu'à défaut de dotation, peuvent faire l'abnégation et l'esprit de patriotisme des professeurs.

En homme de cœur, vous n'auriez pas ainsi traité à la légère des dévouements aussi sérieux.

L'expert arrive ensuite à une autre question :

L'outillage de nos laboratoires.

Question importante et qui eut demandé une étude attentive.

Eh bien, toujours par la faute de ce coup d'œil, auquel il se fie, M. Flexhner n'a pas jugé à propos, nous le voyons bien, de re-

courir aux renseignements. Aussi, l'eut-il fait avec intention, il ne lui eut pas été possible, croyons-nous, de s'éloigner davantage de la vérité.

Chacune des constatations de ce paragraphe est inexacte.

Rétablissons les faits.

“ La chimie est donnée par l'Université ”.

Erreur. — La faculté de Médecine a ses cours spéciaux de chimie, qui sont de deux ans.

Ces cours ont surtout pour objet la chimie organique et la chimie biologique.

Depuis plusieurs années déjà, la faculté a créé un laboratoire de chimie pratique.

Les élèves s'y exercent aux analyses et aux différentes manipulations qui peuvent leur servir dans l'exercice de leur profession.

La constatation suivante est particulièrement remarquable :

“ L'Anatomie se limite à la dissection ”.

Ici encore, quel coup d'œil ; et dire que la visite n'a duré que vingt minutes.

Non, M. Flexhner, l'enseignement de l'Anatomie ne se résume pas à la dissection

Nous avons, il est vrai, un matériel de dissection considérable, des cadavres en grand nombre.

Mais ce n'est pas tout.

Si vous ne nous mettiez en garde contre les institutions qui font l'éloge de leurs professeurs, je vous dirais que notre professeur d'Anatomie descriptive est un anatomiste distingué, un savant.

Je crains vos qualificatifs.

Ce nom de charlatan me fait peur : je ne dirai rien des hommes. Je vous ferai simplement observer que la faculté donne sur l'Anatomie descriptive un cours de deux ans.

Et le croiriez-vous ! le professeur va même jusqu'à parler des différentes applications de l'Anatomie à la médecine et à la chirurgie.

Cette énumération d'erreurs devient à la longue ennuyeuse. J'abrège.

Quand vous dites que nos laboratoires sont pauvres, vous montrez un grand sens de la valeur commerciale des choses. Coup

d'œil atavique. probablement. N'est-ce pas, M. ABRAHAM FLEXNER ?

Vous avez raison, nous n'avons pas l'outillage luxueux de certaines institutions richement dotées. Mais, avez-vous pu constater, vous êtes vous même demandé quelle est la valeur de notre outillage au point de vue de l'enseignement ?

Est-il suffisant ! Est-il insuffisant ?

C'est le seul point pratique et vous n'en soufflez mot. Vous devenez prudent.

Sur ce commencement de sagesse, je vous quitte.

Et les conclusions, me demande-t-on ! Quelles sont les conclusions de ce rapport à la Carnegie ? Peu importantes, sans doute !

Détrompez-vous.

Première conclusion : " L'Enseignement est faible ". — Après ce que l'auteur a vu c'est bien aimable ; il aurait tout aussi bien pu dire que l'enseignement ne vaut rien du tout.

Deuxième conclusion. — " Une faculté de Médecine de l'Université Laval n'a pas sa raison d'être à Montréal. "

Voilà qui est clair et tranché.

Disparaissons.

Sérieusement, que répondre à cette conclusion ? Rien.

L'auteur n'a évidemment pas la compétence requise pour discuter cette question.

N'avons nous pas raison de dire que ce rapport pourrait avoir des conséquences que ne prévoyait point l'auteur.

Il est inexact : nous l'avons démontré.

Il est injuste. L'auteur ferme les yeux sur les progrès accomplis. Il est muet sur le travail qui se fait dans nos institutions d'enseignement médical, pour rendre plus efficace le rôle du médecin.

Quant à nous particulièrement, faut-il courber la tête sous ces jugements sommaires ?

Ce serait une triste révélation pour nos compatriotes, si la profession médicale laissait passer inaperçu un verdict aussi drastique.

Quelle que soit sa valeur, ce rapport sera lu.

C'est en vain que nous dépenserions notre temps, nos efforts,

nos ressources, si ces élèves formés par notre Université, avec tant de soins, aux prix de tant de sacrifices, devaient être plus tard en butte aux préjugés.

Cet ostracisme irraisonné, entretenu par des enquêtes faites à la légère, n'a pas sa raison d'être et ne doit pas durer. La défense est facile.

Il s'agit tout simplement de rétablir les faits. C'est ce que nous avons crû bon de faire, M. le rédacteur.

Dr L. E. FORTIER.

MEMOIRES

LE FRÉMISSEMENT SUBJECTIF COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC, ET COMME PROCÉDE NOUVEAU PERMETTANT DE LOCALISER ET DE DETERMINER L'AMPLITUDE DU FRÉMISSE- MENT OBJECTIF DANS LES EXAMENS DU POU MON (1)

Par le Dr S. ADOLPHUS KNOFF, de New York.

Professeur de Phtisothérapie au New-York Postgraduate Medical School and Hospital ;
Assistant Directeur à la Clinique Municipale pour les maladies des poumons ;
Médecin au Riverside Hospital Sanatorium pour les tuberculeux
de la ville de New York, etc.

Avant de vous parler d'un procédé d'examen que j'ai découvert par hasard et tout récemment, procédé qui a, pour moi, une très grande importance dans la localisation du frémissement objectif et la détermination de son amplitude, dans les examens du poumon, chaque fois que l'on soupçonne un foyer d'hépatisation, je dois vous expliquer pourquoi j'emploie l'expression : *frémissement objectif*. J'ai, depuis plusieurs années, recherché personnellement et enseigné deux variétés de frémissement (2). En examinant un malade j'essaie, tout d'abord, de provoquer le frémissement

(1) Leçon clinique, sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, faite au Postgraduate Medical School and Hospital de New York, le Samedi 9 octobre 1909.

(2) Murat. Un signe nouveau pour le diagnostic précoce, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 5 Mars, 1899 Knopf. S. A. Twentieth Century Practice of Medicine, XX, Article on Tuberculosis.

Die Früherkennung der Tuberculose, Heftchrift für Tuberculose und Heilstättenwesen, I, Heft 3, 1900.

Early Clinical Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis, Journal of the Medical Society of New Jersey, November, 1905.

The Early Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis, South California Practitioner, August, 1906.

subjectif, c'est-à-dire, le frémissement que le malade rescent lui-même. J'expliquerai le *modus operandi* à ceux d'entre vous qui ne se sont pas familiarisés avec le moyen de provoquer le frémissement subjectif. On prie le malade de murmurer, la bouche close, et, on lui demande s'il sent un frémissement, et à quel endroit il le sent le plus fortement. S'il y a, d'un côté ou de l'autre, une partie suffisante du poumon en état d'infiltration, le malade sentira les vibrations causées par sa voix et pourra indiquer l'endroit où il les sent le plus distinctement. Ce phénomène s'explique facilement pour tous ceux qui se rappellent que les corps solides conduisent mieux les sons que les corps remplis d'air. Si l'on recherche, immédiatement après, le frémissement objectif, (celui senti par la main du médecin) on est toujours certain de le localiser au même endroit. Chez quelques malades le foyer d'infiltration est assez grand pour qu'ils sentent continuellement le frémissement subjectif et, souvent, ils consultent leur médecin et leur demandent pourquoi ils sentent dans leur poitrine chacune de leur parole. Parfois, le foyer d'infiltration tuberculeuse s'est fait si insidieusement que le malade a pu s'habituer au frémissement subjectif, au point de croire ce phénomène tout naturel, et il n'en parle pas à son médecin. Vous vous convaincrez de l'importance de ce procédé d'examen lorsque vous rechercherez le *fremitus* subjectif dans tous vos examens de poitrine.

Qu'il me soit permis de vous recommander, en passant, d'apporter toujours toute votre attention à ce que vous faites lorsque vous palpez la poitrine, soit pour en mesurer l'expansion, soit pour rechercher le frémissement objectif. Si vous fermez les yeux au cours de votre examen vous éviterez sûrement toutes les distractions que pourraient vous donner les choses qui vous environnent. Vous devez, pendant l'examen, adopter pour vous-même et pour le malade, la position la plus confortable. Vous ne devez pas vous fatiguer, ni fatiguer le malade inutilement. Choisissez de préférence la position assise, quoique vous puissiez voir, entendre et sentir également bien, le malade debout ou assis. Choisissez, de préférence, comme sièges, deux tabourets tournants (tabourets à piano, ou en fer émaillé). Il va sans dire que le malade doit être nu jusqu'à la ceinture pendant l'examen de la poitrine; autrement il vous serait impossible de tirer des conclusions à la suite de votre examen. Les convenances ou la simple délicatesse

doivent nous engager à recouvrir la poitrine de la femme d'un linge léger au cours de l'examen. Ceci ne nous empêchera pas d'entendre tout aussi bien et de sentir par le palper le frémissement objectif ou le manque d'amplitude de telle ou telle partie du thorax.

Maintenant, revenons à notre manière de percevoir le frémissement objectif causé, comme vous le savez, par le malade, lorsqu'il prononce, à voix basse, le chiffre quarante quatre ou lors-

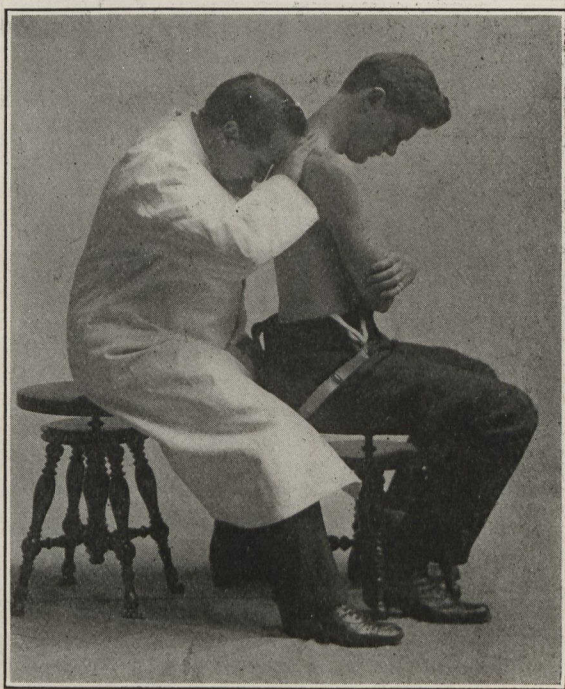


Fig. I. *Modus operandi* pour la recherche du frémissement objectif dans la région du sus-épineuse.

qu'il murmure, la bouche fermée, lorsqu'il sent percevoir le frémissement subjectif. Pendant que le malade articule ces mots, le médecin doit appliquer la surface palmaire de ses mains sur sa poitrine en ayant soin d'obtenir un contact aussi intime que possible. L'examineur cherche, par cette méthode de palpation, à localiser le frémissement objectif transmis à sa main par la paroi thoracique au niveau de la partie du poumon infiltré. Vous

devrez tenir compte, naturellement, du léger frémissement que l'on rencontre au sommet droit de plusieurs sujets, et qui est causé par la conformation des bronches à ce niveau.

Lorsque l'examineur désire comparer le frémissement objectif ressenti au niveau d'un poumon, puis à l'autre, une seule main posée alternativement à gauche, puis à droite, lui fournira des renseignements plus précis que s'il emploie les deux mains appli-

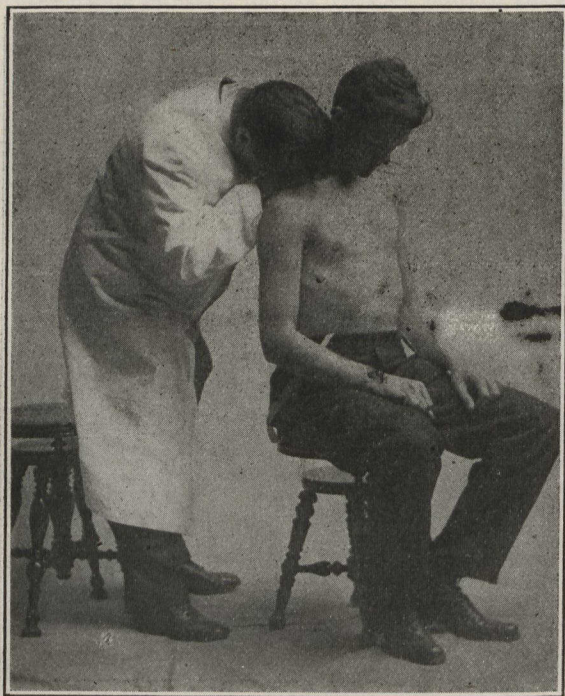


Fig. II. *Modus operandi* pour la recherche du frémissement objectif dans la région sus-claviculaire.

quées en même temps sur les deux poumons. La différence entre les variétés de frémissement objectif au début de la tuberculose pulmonaire est quelquefois si petite que je considère la méthode suivante très utile. En plaçant la main sur la partie du poumon dont je veux apprécier le frémissement objectif, j'appuie fortement le front sur la surface dorsale de ma main, formant ainsi une série de contacts osseux. Les vibrations transmises, de cette façon, au cerveau, à travers la boîte crânienne, sont perçues beau-

coup plus distinctement. Permettez-moi de faire devant vous la démonstration de ma méthode. Tout d'abord, dans la recherche du frémissement objectif dans la partie sus-épineuse, à gauche puis à droite: le malade, nu jusqu'à la ceinture, courbe son thorax et sa tête en avant, puis écarte le plus possible ses omoplates en saisissant son bras gauche près du creux axillaire

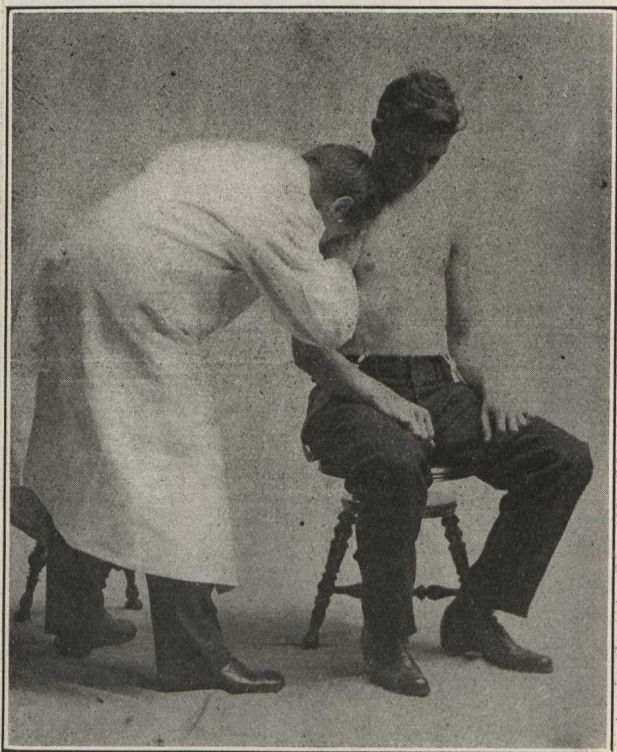


Fig. III. Recherche du frémissement objectif dans la région sous-claviculaire.

avec sa main droite et son bras droit de la même façon avec sa main gauche. L'examineur se place de la façon suivante. (fig. 1)

Pour pratiquer le palper de la région sus-claviculaire vous pouvez rester assis ou debout et en arrière du malade, puis, après avoir placé la main sur cette région, appuyez fortement le front sur votre main. (fig. 2)

Si vous désirez percevoir le frémissement objectif dans la région sous-claviculaire ou dans les autres endroits de la partie an-

térieure de la poitrine, placez-vous du côté à examiner en faisant avec la main et le front, le contact osseux nécessaire. (fig. 3) Il y a deux raisons qui m'autorisent à vous demander de vous placer du côté droit ou du côté gauche du malade, suivant que

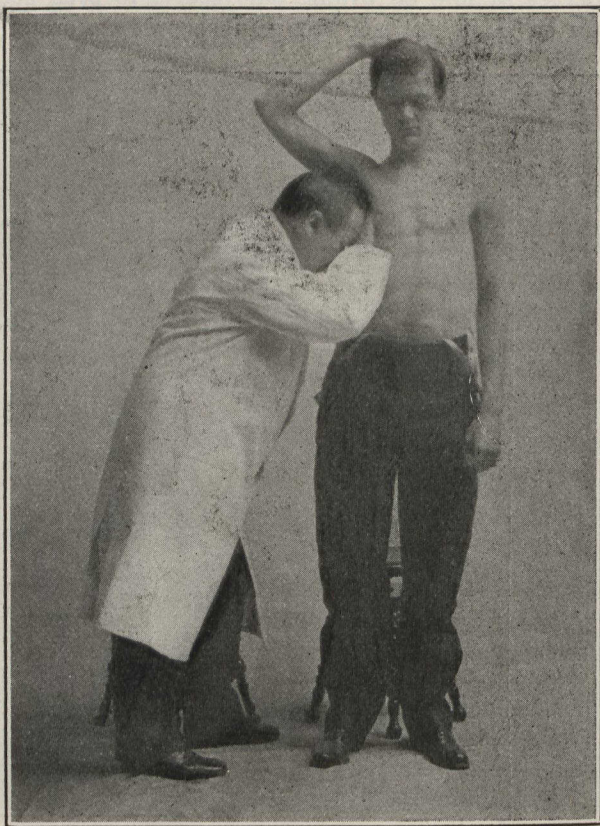


Fig. IV. Position axillaire pour la recherche du frémissement objectif dans la région.

vous voulez examiner l'un ou l'autre côté de la poitrine. En premier lieu, s'il s'agit d'une femme la tête est moins près du sein, ce qui est plus convenable. En second lieu, vous courez moins de risque de recevoir sur vous des parcelles d'expectoration si le malade tousse d'une façon inattendue. Je vous recommande fortement de porter, à l'hôpital comme à votre bureau de consultation, la longue blouse qui peut aller au lavage et, même, d'ap-

plier sur la bouche du malade que vous examinez un morceau de tarlatane stérilisé qui vous protégera contre toute souillure infectieuse chaque fois que le malade toussera. Vous n'aurez pas toujours la longue blouse, pendant les examens faits à domicile, mais il vous sera toujours facile d'appliquer le morceau de tarlatane sur la bouche du malade. Les gouttelettes infectieuses, lancées par le malade qui tousse, ne vous atteindront pas si vous vous placez, pour l'examiner, tout à fait à sa gauche ou à sa droite.

Il est très important, dans la palpation des sommets, de déterminer la localisation, l'intensité et l'amplitude du frémissement objectif. Si vous percevez du frémissement dans la partie inférieure des poulmons, soit à cause d'une infiltration tuberculeuse, ou d'un épaissement de la plèvre ou pour tout autre cause d'hépatisation, ce frémissement sera suffisamment distinct pour ne pas vous servir de ma méthode, sauf, lorsqu'il s'agira de déterminer le degré d'intensité dans le frémissement perçu d'un côté et de l'autre.

Dans l'examen des régions axillaires demandez au malade de se tenir debout et de lever le bras du côté examiné en plaçant sa main sur sa tête. Vous constaterez de cette façon qu'il n'existe qu'une très légère couche musculaire entre votre main et la paroi osseuse du thorax. Vous devrez rester debout ou assis pour pratiquer votre examen suivant que le malade est de petite ou de haute taille. Dans le cas présent, il est plus facile, pour ce dernier, de rester debout au cours de son exploration. (fig. 4)

Si vous employez cette méthode dans tous les examens de poitrine pour la recherche de la tuberculose au début, vous en retirerez des avantages multiples comme nous en avons pu nous en rendre compte à notre clinique. Vous devrez vous souvenir que le frémissement subjectif et objectif perçus dans l'une ou l'autre partie de la poitrine, n'est pas un signe pathogénique de tuberculose pulmonaire; il constitue, tout simplement, un symptôme adjuvant dans le diagnostic. Néanmoins, lorsque le frémissement est localisé à un sommet il est généralement un signe de tuberculose, surtout, s'il est possible d'éliminer un épaissement de la plèvre ou toute autre cause d'hépatisation, etc.

Nous devons accepter avec empressement chaque petit moyen

nouveau capable de faciliter l'examen physique et de rendre plus sûr le diagnostic. C'est pour cette raison que je suis heureux de vous présenter, aujourd'hui, ce procédé nouveau d'exploration qui permet de déterminer la localisation et l'intensité du frémissment objectif dans l'examen de la poitrine.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE (1)

Par le Dr. ALBERT LESAGE.

Professeur suppléant de pathologie interne et de clinique médicale
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans le cours du mois d'octobre je suis appelé pour la première fois auprès de Madame B. . . , enceinte de neuf mois, multipare, qui se plaignait depuis quelques jours de douleurs à la nuque et à la tête.

A l'examen, je constate que la figure et les membres inférieurs sont très-œdématiés. En l'interrogeant, j'apprends que les urines sont rares et très foncées. La malade avait bien remarqué qu'elle "engraissait" rapidement, que sa figure et ses jambes prenaient des proportions inaccoutumées, mais elle ne s'en inquiétait guère.

Seules, une céphalalgie intense et des douleurs névralgiques à la nuque et dans les épaules l'avaient décidée de me faire appeler.

Justement alarmé de ces symptômes, je prescrivis aussitôt un drastique :

Eau de vie allemande	} à 30 grammes
Sirop de nerprun	

A prendre en une seule dose.

Régime lacté absolu ; diète hydrique durant douze heures ; repos au lit ;

L'examen rapide des urines décèle 20 grammes d'albumine au litre.

Présentation du sommet en droite transverse ; col mou ; aucun début de travail ; enfant vivant.

Le sort de cette malade m'inquiéta.

(1) Communication à la Société Médical de Montréal, séance d'Oct. 1910.

De fait, durant la nuit qui suivit ma visite, elle se sentit mal en train; elle en fit part à son mari, en lui faisant remarquer qu'elle avait des nausées, des engourdissements dans les mains et dans les bras. Au même instant, dit-on, elle avait une véritable crise. C'était l'éclampsie qui entraînait en scène.

Mandé à la hâte, le mari me raconte qu'elle vient de faire une deuxième crise.

La malade est encore à demi-consciente. Le pouls est dur et rapide: 140 à 150. La pression artérielle est de 26 au sphygmomanomètre Potain.

Le travail est à peine commencé; le col laisse pénétrer le bout de l'index.

L'enfant est vivant.

Température 102 F.

Il y avait à peine 30 minutes qu'elle reposait, qu'une troisième crise se dessinait par le mouvement des paupières et des yeux: soit, une crise toutes les 25 à 30 minutes.

Vous connaissez la marche de l'accès. Il s'annonce par une sorte d'*aura*: la femme perd connaissance, s'agite, exécute des mouvements de latéralité de la tête et des yeux, fléchit et défléchit les membres, cherche à se tourner, puis bientôt les convulsions commencent.

Les convulsions toniques ouvrent la scène. Tous les muscles se raidissent, les membres sont en extension, les poings fermés, la respiration suspendue, la langue est projetée au dehors, quelquefois mordue. Il y a de l'écume à la bouche, les yeux sont saillants, le visage violacé.

Au bout de quelques secondes commencent les convulsions cloniques. Ce sont de grands mouvements du tronc et des membres; la malade doit être maintenue pour ne pas être projetée hors du lit. Peu à peu le calme renaît, la malade tombe dans le coma. (Wallich).

Tel est le tableau vécu d'un accès éclamptique.

En présence de ces accidents répétés, je pratique une saignée de 600 grammes, au bras gauche. Il était 4 hrs du matin.

Quatrième crise à 4 hrs 30 a. m.

Cinquième crise à 7 hrs 30 a. m., moins violente que les précédentes, à trois heures d'intervalle.

A 8 hrs 30, sixième crise, à peine ébauchée.

A neuf heures, la dilatation du col étant facile et presque complète, j'administre le chloroforme et je termine l'accouchement par le forceps. J'extrais un enfant vivant en état d'asphyxie, que je ranime par la respiration artificielle, méthode de Laborde: tractions rythmées de la langue.

La délivrance se fait bien.

Je continue le chloroforme à la reine.

Le pouls battait encore à 135. Je donne 20 gouttes d'*extrait de veratrum viride* (Parke-Davis) en injection hypodermique.

Une heure après le pouls était descendu à 60.

A 4 hrs, 7e crise.

A midi, 8e crise beaucoup moins violente que les autres.

A partir de ce moment les crises cessent complètement.

C'était un lundi.

A 4 hrs p. m., je fais cesser le chloroforme.

A 7 hrs p. m., la malade est consciente de son état, mais elle ne distingue rien: amaurose complète.

Le mardi, grand lavage intestinal.

A l'intérieur, dans le but d'augmenter la diurèse, je donne:

Théobromine 0 gr.50 centigr.

Pour un cachet à prendre toutes les trois heures, excepté la nuit, soit 2 grammes par jour, durant 3 jours.

La malade boit beaucoup de lait et d'eau. Son état général s'améliore rapidement.

Urines des 24 hrs, 900 grammes.

Durant l'après-midi le pouls remonte à 125.

Je donne 10 gouttes de *veratrum viride* en injection sous-cutanée. Une demie-heure après le pouls est à 90. La nuit est tranquille.

Le mercredi à 5 hrs, la malade commence à distinguer les personnes et les choses. La vue s'améliore peu à peu jusqu'au samedi où elle est à peu près normale. Les urines montent de 900 à 1500 et 2000 grammes. Les jambes reviennent vite à leur état normal ainsi que la figure.

La céphalalgie est disparue.

L'examen des urines le samedi, 5 jours après le début des accidents, décèle une quantité d'albumine impossible à doser tant elle est petite.

J'arrive peu à peu à la diète mixte.

La sécrétion du lait se fait bien. L'enfant se développe normalement.

Bref, quinze jours après le début des accidents, tout semble rentrer dans l'ordre.

La malade se lève.

Ce qui frappe, chez cette malade c'est, d'une part, l'intensité des phénomènes intoxicants et convulsifs et, d'autre part, la rapidité de leur disparition.

Il y avait donc lieu de se demander si le traitement suivi y avait contribué et, dans l'affirmative, quel est le meilleur traitement de l'éclampsie puerpérale.

* * *

Je vous fais grâce des théories et des discussions provoquées autour de l'étiologie de cette affection.

Nous savons, d'une façon indiscutable, que l'éclampsie puerpérale est un syndrome dû à une *auto-intoxication du sang et des urines* à la suite d'une double lésion du foie et des reins.

En effet, à l'autopsie des éclamptiques, nous avons toujours trouvé des altérations de ces deux organes.

Nous savons aussi que la toxicité du sérum des éclamptiques oscille entre 3 et 6 centimètres cubes au lieu de 10 c.c., chiffre normal, c.-à-d. que si 10 c.c. de sérum normal sont nécessaires pour tuer 1 kilogramme d'animal, 3 c.c. de sérum des éclamptiques suffisent pour obtenir le même résultat.

La toxicité du sang est donc triplée chez l'éclamptique, dans certains cas.

Quant à la toxicité urinaire, elle est diminuée, parce que le sang et le rein retiennent la plus grande partie des produits de désassimilation qui passent habituellement dans les urines.

Si j'ajoute que tous ces troubles dépendent d'un vice de nutrition d'origine gastro-intestinale, dans la majorité des cas, ou d'origine placentaire, suivant une école allemande, j'aurai dit tout ce qu'il faut savoir pour instituer un traitement rationnel et effectif.

QUEL SERAIT DONC LE MEILLEUR TRAITEMENT DE
L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

I. *Traitement préventif.*

Ici, comme toujours, la médecine préventive est la meilleure. Aussi je n'hésite pas à dire que si tous les médecins exigeaient qu'un examen d'urines fut fait chaque mois à partir du 6e mois, et tous les quinze jours à partir du 8e ou 9e mois, il n'y aurait plus d'éclampsie chez les femmes enceintes.

A la moindre trace d'albumine, vous donnez un purgatif, vous mettez la parturiente au repos, et vous imposez le régime lacté ou lacto-végétarien, suivant les cas.

Le régime lacté surtout est merveilleux.

Il faut donner au moins 3 litres de lait en 24 hrs.

Tarnier a pu formuler, sur ce sujet, une loi qui est passée à l'état d'axiome, tant elle est conforme aux faits. . . .

“Toute femme albuminurique, dit-il, qui a pu suivre, pendant huit jours consécutifs le régime lacté absolu ne présentera pas d'accès éclamptiques.”

Le lait laisse peu de déchets. il est diurétique, et il abaisse ainsi la pression artérielle.

Done, au point de vue préventif, observez de très près vos femmes enceintes; c'est le meilleur moyen de dépister l'albuminurie et de prévenir l'éclampsie qui est une maladie grave et trop souvent mortelle.

II. *Traitement curatif.*

Nombreuses sont les méthodes de traitement de l'accès éclampitique: en voici quelques-unes.

1° *Traitement chirurgical.*

La décapsulation du rein.

En 1903, un américain, le Dr Edebohls, de N. Y., publiait une première observation.

Il pratique la décapsulation des deux reins, en 25 minutes, 72 heures après l'accouchement provoqué chez une jeune primipare qui avait des crises répétées et qui était dans un demi-coma presque permanent.

Deux jours après, la malade reprenait connaissance. Un mois après, les urines étaient normales.

Accouchement spontané, gémellaire, 48 heures après l'opération chez une primipare éclamptique non délivrée.

Accouchement spontané, gémellaire, 48 heures après l'opération. Un mois plus tard tout marchait comme à l'état normal.

Enfin, en 1906, le même auteur publia une observation à peu près identique aux deux précédentes et il conclut en ces termes: " la décapsulation du rein peut arrêter les progrès de l'urémie et les accès convulsifs d'origine puerpérale chez la femme non délivrée."

J'ajoute que dans toutes ces interventions on a pu constater que les reins étaient malades (néphrite parenchymateuse).

Deux professeurs de la Faculté de Bordeaux sont allés plus loin que leur collègue américain.

En 1906 ils rapportaient l'observation d'une primipare de 31 ans éclamptique, dont les accès persistent après l'accouchement, avec coma et anurie. On pratique la décapsulation des deux reins avec néphrotomie à droite. 24 hrs après, le coma cessait et la sécrétion urinaire était rétablie. Guérison complète quelques semaines plus tard.

MM. De Cotret et Mercier ont publié, en 1907, une observation à peu près identique aux précédentes.

Il s'agit d'une multipare transportée à la maternité en état de crise, chez qui on pratique l'accouchement forcé six heures après son admission, à qui on administre, sans résultat pratique le chloral, le vétratrum, le chloroforme, etc., et que l'on opère 15 hrs plus tard pour une décapsulation des deux reins. L'opération dure 23 minutes. La malade passe une bonne matinée; mais l'anurie persistant, la malade meurt tout à coup le soir à 9 hrs, douze heures après l'opération.

La néphrotomie, dans ce cas-ci, aurait permis à MM. Mercier et De Cotret de sauver leur malade.

Il résulte, de ces quelques faits, que la décapsulation des deux reins exerce une action réelle sur les accès éclamptiques. Elle agit aussi sur le rein lui-même dont elle récupère les fonctions physiologiques en arrêtent le processus néphrétique par hyper-

tension rénale. Enfin, " la néphrotomie joint à l'avantage de réaliser, aussi bien que la plébotomie, cette indication thérapeutique, celui de débarrasser d'abord et directement du sang adulé le rein qui, précisément changé, avec le foi de l'épurer, en subit, un des premiers la fâcheuse atteinte." (Pinard).

Rallions-nous donc, avec le professeur Pinard, à cette méthode de décapsulation et de néphrotomie dans les cas d'éclampsie lorsque le traitement médical est impuissant.

La néphrotomie est indiquée dans les cas d'anurie seulement.

2° *Traitement médical.* (accès)

Il faut, avant tout, protéger la langue, en introduisant une compresse, que l'on appuie sur l'arcade dentaire inférieure, puis on applique le traitement médical proprement dit.

J'énumère les moyens classiques par ordre de mérite, en en faisant la critique.

- La morphine ;
- Les lavements de chloral ;
- Les injections sous-cutanées salines ;
- La ponction lombaire ;
- Les grands lavages d'intestin ;
- Les inhalations de chloroforme ;
- Le vétratrum viride ;
- La saignée ;
- La théobromine ;
- Le bromure de potassium.

(a) *La morphine.*

Je n'hésite pas à affirmer que la morphine doit être rejetée d'une façon absolue.

La morphine agirait, dans ce cas-ci, comme stupéfiant. Or, nous avons mieux. Sans doute elle abaisse la tension artérielle en provoquant une dilatation des vaso-moteurs, mais elle est formellement contre-indiquée dans tous les cas où la perméabilité rénale est troublée. A faible dose, souvent répétée, son effet est nul sur les accidents nerveux, tandis qu'elle provoque une diminution des urines. A dose plus forte elle provoque une rétention d'urine.

J'ai souvent noté ces faits chez des cardio-rénaux.

Or, si vous voulez bien vous rappeler que, chez toutes les éclamptiques, on a constaté des lésions de néphrite parenchymateuse, vous serez d'accord avec moi, je pense, pour la rejeter du cadre des médicaments d'urgence dans l'accès éclamptique.

Je sais qu'on en a vanté les bons effets, avec des statistiques apparemment favorables; mais elles ne m'ont pas convaincu. C'est un non-sens au point de vue pathogénique et pharmaco-dynamique.

(b) *Les lavements de chloral.*

On conseille les injections rectales ainsi formulées :

Hydrate de chloral.....	4 grammes
Lait.....	100 —
Jaune d'œuf.....	No 1

Ce lavement doit être injecté lentement après un lavement évacuateur.

Pour obtenir l'effet désiré, il faut donner des doses énormes : 10 à 12 grammes par jour.

Il est vrai que les éclamptiques, comme les alcooliques, d'ailleurs, ont une grande tolérance pour ce médicament. Il agit beaucoup moins que la morphine sur la fonction rénale; il exerce plutôt une action paralysante sur le bulbe et sur la moelle épinière.

Mais à hautes doses, souvent répétées, il exerce une action déprimante sur le cœur. Or, vous savez que le rénal est souvent atteint dans son myocarde.

Il faut donc être prudent. D'ailleurs le chloral ne peut, en aucune façon, guérir une éclamptique. C'est un simple palliatif.

(c) *Les injections sous-cutanées salines.*

Elles sont dangereuses pour deux raisons : pour le sel qu'elles contiennent, d'abord, car vous savez que le sel est formellement contre-indiqué dans toutes les affections rénales à cause de l'obstruction qu'il entraîne dans un rein malade, et puis, à cause de la masse d'eau que vous lancez dans le torrent circulatoire dont la tension est déjà très élevée. Cette médication ne provoquera

pas la diurèse, que vous escomptez, parce que le rein s'y opposera, et vous précipiterez peut-être une crise d'œdème aiguë du poumon, qui est une complication fréquente et redoutable dans ces cas. (1)

(d) *La ponction lombaire.*

Comme il y a hypertension généralisée, il y a aussi hypertension dans le canal rachidien. On a trouvé que la pression du liquide céphalo-rachidien peut atteindre 200, 500 et même 600 millimètres alors qu'elle est de 120 à l'état normal. En soustrayant 40 c.c., on abaisse considérablement cette pression.

Ce traitement est rationnel parce qu'il entraîne nécessairement la décompression des centres nerveux, et aussi parce qu'il extrait une quantité notable de poisons intoxicants en solution dans ce liquide qui provient d'un sang intoxiqué. A vous de juger de son indication.

(e) *Les grands lavages d'intestins.*

Ces lavages sont excellents. Ils débarrassent l'intestin des toxines alimentaires qui y sont accumulées et qui passent dans le sang. Mais, pour qu'ils soient effectifs, ils doivent être poussés très haut. Il est nécessaire de se servir de la sonde de Debove qui va porter le liquide tout près de la valvule iléo-cœcale par où il pénètre dans le petit intestin.

Un simple lavement évacuateur est insuffisant.

(f) *Les inhalations de chloroforme.*

Elles sont classiques, à ce point qu'un grand nombre de médecins croient que le chloroforme exerce une action toute spéciale dans l'éclampsie puerpérale. Ils donnent le chloroforme sans réflexion, jusqu'à ce que la malade en meure, sinon d'éclampsie.

Cette opinion provient d'une erreur d'interprétation contre laquelle on ne saurait trop réagir. Vous connaissez, comme moi, quels sont les accidents tardifs du chloroforme à cause de son action toxique sur le foie, sur les reins et même sur le poumon. Le chloroforme tend à provoquer l'apparition du sucre ou de l'albumine dans des urines indemnes jusque là. Cet accident arrive assez fréquemment après une opération chez des sujets

âgés, séléreux, ou même chez des sujets plus jeunes dont les organes ont été touchés par ailleurs.

L'éclampsique n'est pas à l'abri de ces troubles, à cause de l'état de son foie et de ses reins. Il faut être prudent.

Sans doute il importe de calmer les crises, et le chloroforme agit bien et vite. Mais je m'insurge contre l'emploi exclusif et systématique de ce médicament dans l'éclampsie.

Le chloroforme n'agit, ici, que comme antispasmodique. C'est la seule raison de son emploi.

Il ne peut, en aucune façon, modifier l'état toxique du sang, la cause principale des accidents, c'est un pis-aller, en attendant mieux.

(g) *Le vératrum viride.*

Ce médicament a un effet merveilleux sur l'hypertension.

Le professeur De Cotret a été un des premiers à en vulgariser l'emploi dans l'éclampsie, à Montréal. Dans ses nombreux mémoires sur ce sujet, publiés dans l'Union Médicale, on remarque que l'action du vératrum est constante: il abaisse la pression artérielle et il diminue le nombre des pulsations cardiaques.

Comment agit-il?... C'est un point encore obscur. Une chose certaine c'est qu'il agit comme un poison sur le système musculaire strié. Son action sur le cœur est indépendante du système nerveux. Le vératrum agit directement sur la fibre musculaire, et avec une grande rapidité. Ainsi, vous injectez 20 gouttes d'extrait fluide sous la peau à une malade dont le pouls bat de 120 à 135, et $\frac{1}{2}$ heure après il est descendu à 60 ou 80...

Il abaisse aussi la température; il produit le relâchement du col de l'utérus; il provoque la diaphorèse et la diurèse; il favorise ainsi l'élimination des produits toxiques. On a dit aussi qu'il augmente la sécrétion biliaire.

En pratique, avec mon collègue De Cotret, j'en recommande l'emploi pourvu qu'on en surveille les effets. Car il arrive que le pouls descend quelquefois à 30, 40 pulsations. Il faut alors stimuler la malade avec la caféine en injections sous-cutanées à la dose des 0,25 à 0 gr. 50 centig. par jour.

La dose initiale est de 20 gouttes, puis 10 gouttes toutes les $\frac{1}{2}$ heures jusqu'à abaissement du pouls à 60 pulsations à la minute.

La morphine est le contre-poison du vératrum. Une précaution très importante à prendre c'est de tenir la parturiente couchée à plat, la tête basse, afin de prévenir une crise d'anémie cérébrale.

(h) *La saignée.*

Je n'hésite pas à dire que la saignée est le moyen héroïque, par excellence, logique même de sauver une éclamptique, quand la chose est possible. C'est le sang qui contient et véhicule les produits toxiques qui provoquent ces accès. C'est sa pression énorme dans les vaisseaux qui obstrue le rein, qui fait éclater les vaisseaux capillaires du foie, et qui comprime les centres nerveux par tension excessive du liquide céphalo-rachidien. C'est lui qu'il faut atteindre.

Autrefois on enlevait 1000 à 1200 grammes, aujourd'hui on est plus conservateur. Une saignée de 500 à 600 grammes est suffisante. D'après le prof. Bouchard, une saignée de 600 gr. enlève au sang environ 10 c.c. de toxines.

L'effet de la saignée est remarquable. Les crises s'atténuent rapidement pour disparaître au bout de quelques heures. Le foie et le rein se décongestionnent, la diurèse apparaît, en un mot tous les émonctoires semblent entrer en fonction. Je suis donc partisan convaincu de la saignée dans les accès éclamptiques, à cause de la pathogénie même de l'affection et surtout à cause des bons effets qu'on en retire.

Si une première saignée n'est pas suffisante, on peut recommencer, si les accès réapparaissent, si la pression artérielle s'élève au-dessus de 22. Mais il ne faut pas oublier de faire boire la malade. On peut donner 200 grammes d'eau lactosée toutes les 2 heures.

(i) *La théobromine et le bromure de potassium.*

Ces deux médicaments sont donnés comme adjuvants.

Le théobromine est un puissant diurétique rénal qui complète l'action de la saignée. Elle agit sur l'épithélium tubulaire et provoque de véritables décharges de chlorures et d'urée. On la prescrit à la dose de 0 gr. 50 centig. toutes les 2 ou 3 heures, soit 2 à 3 grammes par jour durant 2 ou 3 jours.

Le seul inconvénient qui puisse survenir, c'est la céphalée. On

y remédie en donnant 1 gramme ou 2 de bromure de potassium le soir, dans une potion de 30 grammes environ.

* * *

3° *Traitement obstétrical.*

Jusqu'ici nous nous sommes occupés exclusivement de la mère; occupons-nous, maintenant, de l'enfant.

L'opinion la plus acéréditée, aujourd'hui, c'est qu'il faut évacuer l'utérus le plus tôt possible. Je parle d'une femme enceinte de plus de six mois.

L'accouchement hâtif fait disparaître la cause principale de la maladie, et il permet de sauver l'enfant dont la vie est menacée.

On donne le chloroforme puis on fait la dilatation forcée par le procédé bi-manuel décrit et préconisé par mon collègue le prof. De Cotret. (1)

Lorsque la dilatation est complète, on introduit le forceps, ou bien on fait la version, suivant les cas. On termine la délivrance rapidement.

Cette méthode est très prisée en Allemagne où on croit à l'origine placentaire des toxines de l'éclampsie. Une statistique de 208 cas avec une mortalité de 6 cas donne un pourcentage de 3% environ. C'est un beau résultat pour une maladie aussi grave, dont la mortalité est de 40 à 50%.

Depuis la lecture de ce travail, j'ai lu les résultats obtenus par un accoucheur français renommé, Potocki, et publiés dans la Revue d'obstétrique et de Pédiatrie pratiques, n° 235. Ils confirment en tous points nos vues. Le traitement préconisé dans les 12 observaions rapportées a été le suivant: *saignée abondante ou répétée suivie d'un purgatif ou d'un grand lavage intestinal*

La moyenne de la saignée a été de 500 grammes, et elle a suffi pour faire disparaître tous les accidents, excepté chez une malade qu'il a fallu saigner une deuxième fois, à cause de l'intoxication profonde dont elle souffrait.

Le coma se dissipe peu à peu, et la malade recouvre sa lucidité au bout de 24 heures. La diarrhée s'établit rapidement.

Sur les 12 accouchements, 9 se terminèrent spontanément.

(1) Voir *L'Union Médicale du Canada*, 1903, p. 47.

Sur 12 cas, 12 guérisons.

Sur ces 12 enfants, 9 vécurent.

“ S’il n’y a eu aucun décès, dit Potocki, on doit voir là l’influence heureuse d’un traitement appliqué systématiquement à tous les cas d’éclampsie, et qui a fait aujourd’hui ses preuves.

“ Aux grandes saignées, on a objecté qu’elles débilitaient les femmes et les mettaient en état de moindre résistance vis-à-vis de l’infection, il suffira de répondre que toutes ces malades ont quitté l’hôpital en parfait état de santé, 12 à 15 jours après l’accouchement.”

Voici donc des conclusions pratiques qui s’imposent et qui confirment en tous points les faits observés.

Conclusions.

En présence d’une éclampsie qui a des accès répétés, voici quelle pourrait être la conduite à suivre :

1° Surveillance étroite par une personne compétente ou au moins dévouée.

2° Inhalations de chloroforme à la reine durant quelques heures, comme moyen palliatif.

3° Si le pouls est rapide avec tension artérielle élevée: 20 gouttes de *véraltrum viride* en injections sous-cutanées, puis, 10 gouttes toutes les $\frac{1}{2}$ heures jusqu’à ce que le pouls batte à 60 pulsations.

4° Saignée de 300 à 600 grammes, suivant les cas.

5° Un grand lavement évacuateur de l’intestin avec le sonde de Debove.

6° Théobromine 0 gr. 50 centig. toutes les trois heures, soit 2 grammes par jour, durant 2 ou 3 jours, ou plus, suivant les indications. On peut associer le bromure de potassium s’il y a céphalée à la dose de 1 ou 2 grammes le soir, dans une potion de 30 grammes.

7° Si la crise ne cesse pas, si l’oligurie persiste, faire la décapsulation, et même le néphrotomie en cas d’anurie.

8° Se hâter de provoquer l’accouchement par la dilatation bimanuelle du col, afin de sauver l’enfant dont la vie est menacée.

9° L’éclampsie, chez une femme enceinte de 5 ou 6 mois, est passible du même traitement, moins la dilatation forcée du col.

En cas d'insuccès, je n'hésiterais pas à conseiller la décapsulation précoce des deux reins, et même la néphrotomie dans les cas d'oligurie et d'anurie.

J'ajoute, comme supplément, que la diète hydrique s'impose durant douze heures au moins, suivie de la diète lactée exclusive durant le temps nécessaire et particulier à chaque cas.

La mère peut — j'ose dire doit — nourrir son enfant comme dans les cas ordinaires.

Je sou mets les conclusions de ce travail à votre critique. Je les crois, pour ma part, conformes à la pathogénie de l'affection; à l'anatomie pathologique des lésions tant sur les vivants que sur les morts, et à l'expérience la plus accréditée comme à mon humble expérience personnelle.

COMMENT DIMINUER LA MORTALITÉ INFANTILE (1)

Par le Dr EUGÈNE GAGNON,
Agrégé à l'Université Laval.

Le 5 avril dernier, après une communication que je vous faisais sur la valeur relative des laits crus, homogénéisés et stérilisés dans l'alimentation des nourrissons, M. Dubé vous prophétisait que je reviendrais bientôt vous annoncer que dans la Paroisse St-Enfant Jésus les enfants ne meurent plus.

Ces paroles prophétiques ne se sont pas encore complètement réalisées. Il meurt encore des enfants dans notre paroisse, mais je suis en mesure de vous affirmer qu'il en meurt beaucoup moins.

Aussi la semaine dernière, lorsque M. le Secrétaire me demandait un nouveau travail j'ai cru vous intéresser en venant vous dire brièvement comment et dans quelle mesure nous avons réussi à diminuer la mortalité infantile dans notre paroisse.

Le problème de la mortalité infantile est un de ceux, qui, à bon droit, ont attiré l'attention des hygiénistes les plus distingués, au cours des vingt dernières années surtout.

Les grandes nations européennes, pour qui l'accroissement plus ou moins rapide de la population a une importance capitale au point de vue de leur influence dans le concert européen ont re-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal.

doublé d'efforts pour restreindre, dans des limites convenables, l'hécatombe terrible qui là comme ici décimait la population si intéressante des nourrissons.

La France en particulier, voyant le taux de sa natalité aller sans cesse en décroissant et devant la perspective d'une dépopulation prochaine si elle ne réussissait pas à réduire dans la même proportion le taux de la mortalité, fut la première à donner l'éveil.

Après un grand nombre d'efforts impuissants, on s'est bien aperçu qu'il était impossible de relever le taux des naissances et on ne vit le salut qu'en essayant de diminuer la léthalité.

C'est ce qui faisait dire à Waldeck Rousseau dans le style concis qui lui est propre: Il est bien vrai qu'en France on ne naît pas assez mais il est surtout vrai qu'on y meurt trop..

Pour nous français d'origine, que l'on voudrait en certains milieux traiter comme des étrangers sur cette terre qui est nôtre pourtant, si nous voulons conserver à notre nation le prestige que lui réserve la destinée, nous devons plus que jamais étudier les moyens qui nous permettront de diminuer la mortalité dans notre province. Nous aussi, avec infiniment plus de raison, nous pourrions répéter les paroles de Waldeck Rousseau en modifiant ce premier terme de sa proposition et dire, s'il est vrai que parmi les Canadiens-français on naît assez, il est surtout vrai de dire qu'on y meurt beaucoup trop.

Tous nos efforts doivent donc tendre vers ce but: diminuer la léthalité en luttant contre ce qu'on est convenu d'appeler les morts évitables. Nous n'envisagerons pour le moment que la mortalité infantile. L'enfance, en effet, représente, pour une nation un capital neuf, adapte à ses besoins et qu'elle a tout intérêt à conserver, car c'est sur ce capital qu'elle devra fonder ses plus belles espérances. Aussi à une époque comme la nôtre où l'on se préoccupe de diriger l'éducation des enfants de façon que l'effort intellectuel ne dépasse pas le pouvoir physique de celui qui est appelé à le fournir, à une époque où les programmes d'études pourvoient tout autant au développement physique, qu'au développement intellectuel, il semble tout naturel que l'on devrait se préoccuper avant tout, de surveiller avec un soin jaloux les premiers pas, dans la vie, de ceux sur qui la nation compte pour se rénover et s'agrandir.

Il semble aussi que l'un des premiers soucis devrait être d'é-

carter de leur route tous les obstacles qui vont entraver leur premier développement.

Tout le monde s'accorde à dire que ce sont les premiers mois de l'existence qui sont les plus périlleux, et nous sommes bien forcés d'admettre avec Bergeron, qu'un enfant qui naît a moins de chance de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans, et une année qu'un octogénaire.

En France, sur 1000 enfants qui naissent, 165 environ meurent au cours de la première année, et sur 1000 décès de tous âges nous retrouvons aussi 167 décès de 0 à 1 an, de sorte que la mortalité des enfants de 0 à 1 an représente environ le 1/6 de la mortalité totale. Mais si nous ouvrons le livre des statistiques vitales de la province de Québec pour 1908 nous y voyons sur 64914 naissances il y eut 12842 décès de 0 à 1 an, soit 190 pour 1000 environ, et sur un total de 34247 décès, ce chiffre 12842 décès de 0 à 1 an représente 375 pour 100. Ajoutons à ce chiffre les 3522 décès de 1 à 5 ans et nous verrons que la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans atteint au-delà de 47% de la mortalité générale.

Les principales causes de tous ces décès qui déciment notre population infantile sont des maladies évitables: ce sont les maladies pulmonaires, les maladies contagieuses; rougeole, scarlatine, diphtérie, tuberculose, mais c'est surtout la terrible gastro-entérite.

Car il ne faut pas l'oublier cette maladie à elle seule fait plus de victimes que toutes les autres maladies réputées épidémiques réunies.

C'est ainsi que durant les 7 années comprises, de 1902 à 1908, sur une moyenne de 1000 décès de toutes causes on en compte 158 par diarrhées tandis que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie et la terrible tuberculose réunies ensemble ne donnent que 150 pour 1000.

Aussi tout en maintenant et en améliorant le plan de campagne dirigé contre ce dernier faisceau de maladie, il est de la plus grande importance que nous cessions d'ignorer le plus redoutable de nos ennemis: la gastro-entérite.

Les troubles digestifs qui tiennent une si grande place dans la pathologie du nourrisson, sont attribuables pour une grande part

à l'allaitement artificiel mais surtout à la façon défectueuse dont est conduit l'allaitement, qu'il soit maternel artificiel ou mixte. (Cassan)

Il ressort de toutes les statistiques que le sevrage prématuré joint à un nourrissage défectueux est l'un des principaux facteurs qui contribue à assombrir la statistique des morts par diarrhée.

La misère en certains milieux peut aussi entrer en ligne de compte, mais il ne faut pas oublier que l'ignorance des mères plus encore que la misère est responsable des erreurs commises dans l'alimentation. Aussi tous les efforts du médecin, s'il veut enrayer le fléau de la mortalité infantile, devront tendre vers ce triple but :

1° Encourager de tous ses efforts l'allaitement maternel ;

2° Guider les mères dans l'accomplissement du premier de leurs devoirs ;

3° Surveiller de très près l'allaitement artificiel lorsqu'on est obligé d'y recourir, et en atténuer les effets désastreux par l'emploi du lait stérilisé et la réglementation des repas.

C'est pour atteindre ces buts multiples qu'en France, et dans l'Europe entière j'oserai dire, l'on a vu surgir depuis quelques années ces institutions admirables qui ont fait un bien incomparable partout où elles ont été établies. Je veux parler des consultations de nourrissons et des gouttes de lait. Ces deux institutions nées de deux idées différentes et complètement indépendantes à leur origine tendent aujourd'hui à se fusionner et à marcher de pair.

C'est Budin qui en 1892 eut le premier l'idée de la création d'une consultation de nourrissons.

Le 23 février 1905 dans une conférence devant la société de l'internat de Paris, il en expliquait la genèse en ces termes :

Quand j'étais chef de clinique à la charité, disait-il, je m'occupais beaucoup des nouveaux-nés, et j'étais frappé d'une réponse qui m'était faite par les femmes qui revenaient accoucher dans le service. Je leur demandais ce qu'était devenu l'enfant qu'elles avaient mis au monde et souvent elles me disaient : il est mort. En effet, sorties de l'hôpital, elles n'avaient pour les guider que la vaste expérience des grand'mères, des concierges et des herboristes. Imprégnées de tous les préjugés elles avaient commis faute sur faute, leurs enfants étaient tombés malades et avaient

succombé. Je demandai à M. Peyron, alors sous-directeur de l'assistance publique, l'autorisation de recevoir à l'hôpital, au moins une fois par semaine, les enfants qui y étaient nés. Je voulais continuer à diriger les mères, les engager d'allaiter au sein autant que possible et dans les cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, les aider en donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé. M. Peyron accepta et la consultation, était fondée.

— On retrouve dans ces quelques lignes l'idée-mère qui a présidé à la fondation de l'œuvre, ainsi que les principes directeurs sur lesquels doit s'appuyer son fonctionnement.

Un peu plus tard, en juillet 1894, le Dr Dufour de Fécamp, ignorant la fondation de Budin, inaugurerait ce qu'il appela une "Goutte de lait."

"Pour préserver, dit-il, les enfants élevés au biberon d'une alimentation défectueuse, nous leur donnons faute de mieux, du lait bien préparé et stérilisé. Le mot a fait fortune et a puissamment contribué à la diffusion d'œuvres analogues.

(1) De tous côtés, à Paris, en Province et à l'étranger se sont fondées consultations et goutte de lait. L'exemple de Budin est suivi à Paris par Variot fondateur du dispensaire de Belleville, qui en 1893 y annexa une consultation dans laquelle il distribua le lait stérilisé du commerce.

Comby en 1894 en fait de même au dispensaire de la société philanthropique qu'il dirige rue de Crimée

En 1896, le Dr Dubrisay a également adjoint une consultation à son dispensaire de la rue St-Jean Gauthier, et le Dr Henri de Rothschild à la Polyclinique de la rue Mercadet.

En passant à la maternité comme chef de service, M. Budin y a organisé une autre consultation, et lorsque il est devenu professeur de clinique en 1898 il en a créé une troisième à la clinique. Ses successeurs, les Drs Maygrier à la Charité et Porack à la Maternité ont maintenu ces consultations.

En 1903 il existait à Paris 25 consultations dont 13 dues à l'Assistance Publique et 12 à l'Assistance Privée.

De Paris le mouvement a gagné la province.

A Dieppe, en février 1894, sur proposition de M. Cochin, on

(1) Ces détails sont empruntés à l'intéressante thèse du Dr Emile Cassan. Lyon 1905.

vote un crédit de 2000 francs pour l'organisation d'une consultation de nourrissons. A Grenoble, en juillet 1894, le Dr Berlioz obtient de la municipalité l'argent nécessaire pour donner du lait aux enfants pauvres.

Citons encore les consultations des Drs Panel et Banger à Rouen, du Dr Ficatier à Bar le Duc, du Dr Levrand à Saumur, du Dr Pancellier à Amiens, du Dr Debres à Creil.

A Lyon la consultation de nourrissons a suivi de près la création du poste d'accoucheur des hôpitaux, institué en 1899.

En 1900 Fabre crée la première consultation dans son service de la " Croix rouge " qui est actuellement dirigée par le Dr Plancher. Presqu'en même temps un commandeur en installe une dans son service de l'Hôtel-Dieu dirigée à présent par le Dr Voron.

Depuis 1903 deux consultations fonctionnent à l'hôpital de la Charité sous la direction respective de MM. Comandeur et Fabre.

Bordeaux, Toulouse, Marseille, entrent aussi dans le mouvement, et bientôt les petits centres ruraux suivront l'exemple des grandes villes

Dans le Pas de Calais, grâce à l'initiative de M. Jonnart il existait en 1905, 69 consultations dont 39 organisées par les compagnies minières et les autres par les municipalités. Le Nord en possédait une vingtaine et le département de l'Yonne à l'exemple du Dr Mocquot d'Appoigny, a vu 100 communes faire semblables fondations. Voilà pour les consultations de nourrissons.

En même temps à l'exemple de Dufourt, des gouttes de lait étaient créées à Grenoble, Elbeuf, Nantes, Rouen, Rennes, Versailles, Bezauçon, Alger, Nancy, etc., de telle sorte que dès 1902 Dufour estimait leur nombre à 110. L'exemple de la France est bientôt suivi à l'étranger.

Les Drs Lust et Keiffer prennent l'initiative à Bruxelles et créent une consultation annexée à la laiterie maternelle de cette ville. La Hollande, l'Italie, l'Autriche-Hongrie et l'Espagne où la reine elle-même présidait à l'inauguration de la 1ère consultation, en font autant. Enfin nous terminerons cette longue nomenclature en signalant les heureux résultats obtenus par la 1ère goutte de lait qui fut inaugurée à Montréal le 5 juillet 1901 sous l'habile direction de M. Boucher, et qui durant les 9 mois de sa trop courte existence laissait déjà augurer pour l'avenir les plus grands succès.

Au cours de l'été qui vient de se terminer, trois gouttes de lait ont été créées à Montréal; l'une annexée au dispensaire de l'Hôpital Ste-Justine, les autres dans la paroisse St-Enfant-Jésus et la paroisse St-Joseph. En notre qualité de Secrétaire-Trésorier de celle de l'Enfant-Jésus, nous avons dû en suivre les opérations avec un soin tout particulier durant les 4 mois de son existence.

Depuis un certain temps déjà nous étudions les moyens de venir au secours des tout petits et de concert avec le dévoué curé de notre paroisse, M. le chanoine LePailleur, à qui nous soumettions un plan détaillé de la nouvelle organisation, dès les premiers jours du printemps et avec le concours bienveillant et presque unanime des médecins de la paroisse, le 5 juillet dernier nous inaugurons la consultation et la goutte de lait de l'Enfant-Jésus.

C'est de cette dernière institution que je vais vous entretenir encore quelques instants en vous indiquant succinctement les détails de son organisation, le chemin parcouru et le résultat obtenus jusqu'à présent.

Nous avons vu, plus haut, que l'idée qui a présidé à la fondation des consultations de nourrissons et des gouttes de lait tout en convergeant vers un même but humanitaire s'adressait à deux catégories différentes de nourrissons. La première visait surtout les enfants nourris au sein, et ce n'est qu'incidemment lorsque le lait de la mère devenait insuffisant que l'on donnait les règles à suivre pour l'allaitement mixte et le sevrage, sans jamais entrer dans les détails de la préparation et de la distribution du lait. La goutte de lait au contraire a surtout pour but de distribuer du lait choisi et préparé avec un soin tout spécial aux nourrissons qui sont privés du sein maternel, et pour obtenir son maximum d'efficacité elle doit être complétée par une consultation médicale. Il ne faut pas l'oublier en effet, l'art d'élever les enfants au biberon est l'un des plus difficiles et qui très souvent requiert toute la sagacité et toute l'intelligence du médecin le plus compétent. Si l'on a cru bon de créer des consultations de nourrissons pour surveiller l'élevage des enfants qui reçoivent le lait maternel ce serait, il me semble, s'exposer à bien des déboires, que de laisser entre les mains d'une garde-malade quelconque le soin de décider du dosage et de la qualité de l'aliment artificiel que le nourrisson doit recevoir.

Les gouttes de lait ont été l'objet de critiques sévères; le plus grand reproche qu'on leur faisait, c'est de favoriser l'allaitement artificiel au détriment du meilleur mode d'allaitement. Mais après des observations plus minutieuses, on s'est aperçu que ce danger était plus illusoire que réel. Quelques-unes même ont été plus loin et ont proposé la fusion complète de ces deux institutions en une seule, où tous les enfants quelque soit leur mode d'allaitement sont admis pour recevoir les uns le bénéfice de conseils spéciaux, les autres, en plus des conseils, une nourriture appropriée. L'on prétend, que cette manière d'agir, bien loin de nuire à l'allaitement maternel produit des enfants beaucoup plus forts et plus beaux que l'autre mode d'alimentation dont le résultat le plus immédiat est de retarder la croissance quand il n'engendre pas des désordres plus considérables. Aussi les mères dont la principale ambition est d'avoir un bébé plus beau que tous ceux qui l'environnent ne manquent pas de se rendre compte de ces différences, il se crée entre elles une certaine émulation, que le médecin qui préside à la consultation devra se faire un devoir de cultiver, de sorte que en fin de compte, bien loin d'être un centre de vulgarisation pour l'alimentation artificielle, c'est plutôt un encouragement pour le meilleur mode d'alimentation.

C'est aussi cette manière de voir qui a prévalu lors de notre organisation. Pour créer une consultation de nourrissons, dit Jonnart, trois choses suffisent : un local, une balance et le dévouement d'un médecin.

(à suivre).

REVUE GENERALE

ALCOOLISME ET TUBERCULOSE (1)

Par le Dr. J. E. DUBÉ,
Agrégé, médecin de l'Hôtel Dieu.

Tous les intéressants travaux présentés ce matin par des médecins distingués, auraient pu avoir pour titre "L'ALCOOLISME ET LES MEILLEURS MOYENS DE LE COMBATTRE." J'ai entendu avec plaisir les louanges que Monsieur le Docteur Byers a fait du Conseil Municipal de Ste-Agathe.

(1) Conférence faite devant les membres de la Société Canadienne pour la prévention de la Tuberculose (The Canadian Association for the prevention of Tuberculosis), à la dernière réunion de cette Société tenue à Montreal en 1909.

Qu'il me soit permis de vous dire que les Conseillers de Ste-Agathe sont tellement ennemis du whisky, qu'ils ont fermé toutes les buvettes de cette importante petite ville. C'est depuis cette date qu'ils n'ont plus l'estime des hôteliers et que leur cerveau d'hommes sobres se prête avec plus d'intelligence et plus de facilité aux importantes recommandations que leur a faites Monsieur le docteur Byers.

Je n'ai pas l'intention d'abuser de votre temps et de vous faire une conférence sur les effets désastreux de l'alcool sur les organes de notre corps, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, les artères, les reins, le foie, etc., etc. Qu'il me suffise de dire avec le professeur Landouzy, que "L'ALCOOLISME FAIT LE LIT DE LA TUBERCULOSE."

Ce n'est que depuis quelques années que notre attention est si fortement attirée vers l'alcoolisme comme cause de maladie et particulièrement comme cause principale de la tuberculose.

Pour moi le problème se pose comme ceci: que faut-il faire pour combattre l'alcoolisme qui est la plus grande cause de la tuberculose?

J'exerce ma profession depuis plusieurs années, mais il n'y a pas bien longtemps que je suis un médecin qui fait de l'action sociale, un médecin qui a cru qu'il était de son devoir de sortir, de temps à autre, de son train de vie ordinaire de médecin et de père de famille pour mettre son cerveau et toutes ses forces au service de ses compatriotes, en faisant leur éducation sur les ravages causés par l'alcoolisme.

Lorsqu'un homme fait quelque chose d'inaccoutumé on a l'habitude de dire: cherchez la femme! Je me suis engagé dans la lutte anti-alcoolique, eh bien! cherchez la femme!

Je fus appelé auprès d'une charmante et bienveillante Dame, la Présidente du Comité de Tempérance de la Fédération Nationale Saint-Jean-Baptiste, dans le but d'organiser des conférences anti-alcooliques. Cette Dame me pria, enfin, de faire une toute petite conférence sur les maladies entraînées par l'alcool, car vous savez, Docteur, ajouta-t-elle, quels ravages l'alcool fait chez nos gens, etc., etc.

Je répondis: si vous croyez que mon concours puisse vous être utile en quoi que ce soit, je ferai volontiers une conférence, mais je n'en ferai qu'une, estimant que j'aurai fait ma part. Je fis

donc une conférence dans une toute petite église du nord de la ville; j'allai en faire une autre dans le centre, puis une autre à l'est, une autre à l'ouest et ainsi de suite au point que j'ai fait depuis, au-delà de cent conférences et que j'ai été un peu partout.

Je ne fais pas ce travail pour l'argent que j'y trouve (en réalité il n'y en a pas à faire). J'accomplis cette tâche parce que, après avoir rempli mes devoirs professionnels, j'éprouve une satisfaction profonde à faire pour mon pays ce que tous les hommes de ma situation devraient faire.

Qu'est-ce que nous avons fait?

Est-ce que, après chaque conférence, j'ai demandé à l'auditoire de prendre la tempérance? Est-ce que je leur ai dit toute la honte que l'on éprouve à voir un homme ivre? Est-ce que je leur ai dit que celui qui abuse de l'alcool offense Dieu et la Société? Non, je leur ai rien dit de la sorte. Je leur ai parlé en médecin!

Je suis optimiste et je ne crois pas, comme beaucoup de gens instruits, que le peuple soit rempli de préjugés au point de refuser de croire à la parole de ceux qui veulent les instruire, ou de supposer à ceux qui les approchent des idées mesquines d'intérêts personnels. Je répète, à ceux qui veulent m'entendre, que le peuple est tellement ignorant des lois de l'hygiène que ce qu'il fait mal aujourd'hui il le fera mieux demain, si on se donne la peine de l'instruire.

J'ai fait mon travail avec l'assistance du clergé catholique et j'ajouterai, même avec le concours de ministres protestants dans quelques milieux anglais. J'ai parlé dans des églises et dans des salles publiques, accompagné presque toujours de projections lumineuses. J'ai, de cette manière là, enseigné au peuple les ravages causés par l'alcool.

J'ai, chaque fois, expliqué à mon auditoire la fabrication de l'alcool et j'ai combattu la plupart des préjugés populaires. J'ai dit que l'alcool ne donnait pas de force et je donnais comme exemple: Louis Cyr, l'homme fort, qui n'a jamais pris un seul verre de boissons enivrantes. J'ai, un jour, demandé à Louis Cyr quelle liqueur il prenait avant d'accomplir ses tours de forces. Cet homme fort ne croyant pas que je voulais badiner me répondit avec force que celui qui m'avait dit qu'il buvait de l'alcool était un menteur. Je n'ai jamais, ajouta-t-il pris un verre d'alcool.

J'explique pourquoi l'alcool ne réchauffe pas, pourquoi il n'aide

pas la digestion et pourquoi il est dangereux pour le cerveau et souvent la cause de la folie. J'ajoute que 45% des adultes à l'asile de la Longue Pointe sont des victimes de l'alcool. Je démontre les mauvais effets de l'alcool sur les poumons, sur le cœur, sur le foie, sur les reins et nos autres organes. Je ne donne pas de trop grandes explications sur le bon ou mauvais fonctionnement de nos organes. À propos du foie, je leur dis que cet organe est un grand destructeur de microbes et que cette fonction importante disparaît dans le foie des buveurs. Si un alcoolique est frappé de pneumonie, de typhoïde ou de toute autre maladie sérieuse ses chances de guérison sont très petites, et tout cela parce qu'il a rendu son foie malade par l'abus des boissons enivrantes.

Je crois que ces courtes explications frappent mon auditoire parce qu'il sait déjà que les buveurs guérissent rarement des maladies graves. Je leur dis que les reins ont pour mission de débarrasser notre sang de tous les détritiques causés par le travail musculaire de chaque jour et que ce nettoyage est bien fait lorsque chez un homme sobre, les reins agissent comme de bons serviteurs, mais que ce nettoyage ne peut pas se faire par des reins d'ivrognes.

J'insiste beaucoup sur les mauvais effets de l'alcool chez les enfants issus de parents ivrognes. Je leur dis, à ce propos, que 35% des petits enfants placés dans les asiles d'aliénés ont eu pour père des buveurs de whisky.

Ce n'est pas mon intention de vous entretenir beaucoup plus longtemps sur cette question de l'alcoolisme, mais je voudrais profiter de cette occasion pour faire appel à la profession médicale et lui demander de prendre une part plus active dans la lutte contre l'alcool.

Lors de la dernière assemblée de la "British Medical Association" tenue à Toronto en 1906 ou 1907, un médecin de Londres présenta un travail très intéressant. Il donnait la quantité d'alcool dépensé annuellement dans l'hôpital St. Bartholemew, au cours de plusieurs années. Autrefois les médecins prescrivait beaucoup d'alcool à leurs malades; aujourd'hui les médecins n'en prescrivent que très peu. Aussi les chiffres de la dépense annuelle qui était considérable, il y a cinquante ans et plus, sont réduits à presque rien aujourd'hui.

Vous serez, certainement, de mon avis si j'affirme que les médecins prescrivent moins d'alcool aujourd'hui qu'autrefois. Cependant, on m'a dit qu'à la campagne les médecins ne sont pas toujours en faveur de la lutte anti-alcoolique et que plusieurs, même prétendent que l'alcool leur est nécessaire dans l'exercice de leur profession. Il est fort possible que je fasse erreur sur cette question et que je ne l'envisage pas de la même manière que quelques confrères mais, je ne dis jamais à mes clients que l'alcool peut leur être utile et je ne leur en donne jamais dans le traitement de leur maladie. On ne l'utilise pas, non plus, comme remède dans les hôpitaux que je fréquente. Lorsque je dis: je ne l'utilise jamais, je tiens à expliquer que je ne l'utilise jamais, dans ma clientèle, excepté lorsque j'ai un ivrogne sous mes soins.

J'estime que tous les médecins devraient considérer l'alcool de la même façon que la morphine. Vous ne donnez pas, n'est-ce pas de morphine dans tous les cas légers de rhumatisme ou dans chaque cas de névralgie légère ou de simple mal de dent. Si vous donnez de la morphine à tout propos, vous avez tort parce que les malades deviendront des morphinomanes. Si nous considérons l'alcool comme médicament aussi dangereux que la morphine et la cocaïne, je crois que nous serions prudents avant de le prescrire. Je crois même qu'avant longtemps nous ne le prescrivirons jamais, excepté aux ivrognes souffrant de maladies graves.

Dans le rôle que l'alcool joue souvent dans la tuberculose, rappelez-vous ce que le docteur Holbrook vient de raconter à propos d'une jeune tuberculeuse âgée de quinze ans et abandonnée par son père ivrogne. Monsieur le docteur Howard vient de nous parler d'une pauvre femme tuberculeuse, qui avait pu être mise sous traitement, parce qu'on avait forcé son mari à travailler. Ce mari indigne est tout simplement un ivrogne, qui n'attend que le moment où sa pauvre femme pourra se remettre au travail, pour reprendre ses habitudes de paresse. L'homme qui boit est incapable de prendre soin de lui-même et il est fortement exposé à contracter la tuberculose qui l'emportera. Un homme qui ne peut pas prendre soin de lui-même ne peut pas prendre soin de sa femme et encore moins de ses enfants, bien que ces pauvres êtres, fils d'alcooliques, demandent plus de soins que les autres. Qu'il me soit permis d'attirer tout particulièrement votre attention sur le réveil anti-alcoolique qui a été fait dans notre province.

Je suis un des membres de la Ligue Anti-Alcoolique de Montréal, qui fait la lutte à l'alcool et qui le combattra jusque dans sa dernière retraite. Nous faisons des tentatives auprès de notre Conseil Municipal pour faire adopter un règlement de fermeture à bonne heure des buvettes. On a soulevé toutes sortes de difficultés pour empêcher le règlement Carter de devenir loi, mais nous réussissons, soyez en convaincus, à obtenir ce que nous voulons. J'ai la ferme conviction que si les habitants de nos campagnes étaient sobres, les habitants des villes n'en seraient que meilleurs.

Dans certains milieux on ne peut trouver de termes assez bas pour ridiculiser ceux qui s'occupent de tempérance; on nous accuse, même, d'attenter à la liberté du peuple. Je crois, cependant, que nous faisons bien d'empêcher la vente de l'alcool à la campagne. Nous obtenons toujours un grand succès lorsque le principal citoyen de l'endroit, le médecin, est de nos amis.

Aussi longtemps que le médecin ne voudra pas entreprendre en sa qualité de médecin, d'électeur et de citoyen la guerre à l'alcoolisme, la grande cause de la tempérance sera menacée d'insuccès malgré toute l'éloquence et l'influence des prêtres et des ministres de toutes les religions. Si le médecin voulait descendre jusqu'au peuple, lui parler en médecin et lui faire comprendre que non seulement l'alcool n'est bon à rien du tout, mais qu'il est nuisible, les résultats seraient considérables.

En cette matière c'est ce que le médecin croit et enseigne qui l'emporte. Les succès sont plus facilement obtenus à la campagne qu'à la ville, parce que la population rurale est composée de gens paisibles, qui peuvent comprendre et qui se font un devoir de voter honnêtement à chaque occasion.

Voyez plutôt ce qui se passe à Ste-Agathe, à St-Lambert, à Longueuil et particulièrement à Mégantic, où il se dépense annuellement pour deux cent cinquante mille dollars de boissons enivrantes dans ces huit à dix buvettes.

Un seul homme, Monsieur le curé Choquette, s'est montré assez fort pour faire la lutte à cet endroit et obtenir un vote de prohibition tel qu'un seul électeur vota contre cette mesure, et Monsieur le curé Choquette, n'est pas bien sûr que cet homme ait toute son intelligence.

S'il nous était possible de convaincre chaque individu de la campagne qu'il est de son devoir de père et de citoyen de voter contre l'alcool, il n'y aurait plus d'enfants difformes ou rachitiques, ni autant de jeunes gens tuberculeux qui nous arrivent chaque jour à la ville pour s'occuper de commerce ou entrer dans les professions libérales.

Donc si nous avons une population rurale cette population sera pleine de santé et ce sera tant mieux pour la ville, car je l'affirme à nouveau, plus il y a de santé à la campagne plus il y a de santé à la ville.

NECROLOGIE

LE PROF. LANCEREAUX, de Paris.

Notes de la Rédaction. — Le professeur agrégé Lancereaux, de Paris, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu compte tant d'élèves et d'admirateurs parmi les médecins canadiens-français de ma génération, que je crois leur être agréables et utiles en publiant cette note nécrologique, du docteur Variot, de la Clinique de Paris.

Elle peint l'homme et le médecin tels qu'ils étaient l'un dans l'autre.

Sa carrière est un exemple salubre pour la jeunesse étudiante d'aujourd'hui.

A. L.

Il n'y a guère plus de quinze jours, Lancereaux assistait encore à la séance de l'Académie de Médecine, qu'il fréquentait assidûment et qu'il avait eu l'honneur de présider, il y a quelques années. Ce beau et robuste vieillard avait conservé toute son activité, son entrain et sa verve, et il était impossible de porter plus vaillamment qu'il ne le faisait, le poids de 81 années.

Jusqu'à ces derniers temps, il avait continué de donner ses soins à une clientèle choisie, sans négliger son service à l'*Hôpital du Perpétuel Secours*, à Neuilly, et sans renoncer aux recherches cliniques et scientifiques, dont il aimait à présenter les résultats à l'Académie. — Atteint par la limite d'âge, depuis près de vingt ans, en pleine vigueur, comme médecin en chef de l'Hôtel-Dieu,

il s'était incliné respectueusement devant les règlements, et avait su trouver l'aliment nécessaire à son activité bienfaisante dans un établissement *privé*.

À tous égards, Lancereaux représentait l'une des plus nobles figures de notre monde médical. Sa sincérité, sa droiture, son honorabilité étaient proverbiales; d'autre part, sa perspicacité comme clinicien, sa compétence comme anatomo-pathologiste, son originalité comme savant, faisaient de lui un médecin accompli.

Il est donc bien naturel qu'il soit parvenu à se concilier l'estime universelle de ses confrères et de ses collègues, la sympathie et l'admiration des innombrables élèves qui se sont succédé dans son service d'hôpital pendant plus de trente années consécutives.

Lancereaux était toujours le premier dans ses salles, examinant avec un soin méticuleux les malades; il passait ensuite des heures à l'amphithéâtre, étudiant lui-même tous les organes, recueillant les pièces les plus intéressantes pour le bel *Atlas d'anatomie pathologique*, qu'il fit dessiner par Lackerbauer. Il faisait ainsi bénéficier les étudiants qui se pressaient autour de lui de son immense expérience de clinicien; bien plus, il savait inspirer à tous ceux qui l'approchaient, le *goût de notre art*. Il était lui-même si ardent, si enthousiaste dans son labeur quotidien, que son exemple était contagieux. Lancereaux laisse après lui un bagage scientifique qui garantit son nom de l'oubli. Outre son *Atlas d'anatomie pathologique*, il a publié un *Traité de la Syphilis*, des articles sur les néphrites, qui firent époque, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, un *Traité de l'Herpétisme*, les premières recherches qui ont établi les liens entre le diabète maigre et le pancréas; des leçons cliniques et d'innombrables mémoires sur l'alcôolisme, l'embolie et les sujets les plus variés.

Lancereaux n'était pas seulement un puissant esprit, mais aussi un *grand professeur*. Son enseignement clinique *libre*, fut extrêmement apprécié par les étudiants et les praticiens, aussi bien à Saint-Antoine, qu'à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu.

Dans ce temps, les stagiaires avaient le *choix* de leur maître et se faisaient inscrire en grand nombre dans ses salles. Bien qu'il fût *agrégé de la Faculté*, c'est comme médecin des hôpitaux qu'il put faire les brillantes leçons qui l'ont illustré, car la Faculté ne voulut jamais l'agréer comme professeur. Vainement, il se présenta à plusieurs reprises aux suffrages pour les chaires va-

cantes, les intrigues de l'astucieux Brouardel qui savait si bien agir sur ses collègues, le firent toujours échouer.

Il ne craignait pas de raconter comment il avait été dupé par l'ex-doyen, dans ses campagnes pour le professorat.

Lancereaux ne reçut donc pas la robe rouge à laquelle il avait droit, mais il n'en fut pas moins le maître aimé et honoré de milliers de médecins qu'il avait initiés à la technique de leur art.

Il avait conservé intactes les traditions du corps médical des hôpitaux, qui lui avaient été transmises par son maître Gendrin, ainsi qu'il le redisait volontiers et il a formé lui-même des élèves qui s'efforceront de l'imiter et qui garderont pieusement son souvenir.

Lancereaux restera l'une des gloires de l'enseignement libre de la médecine à Paris.

G. V.

ANALYSES

MEDECINE

La durée d'incubation dans la scarlatine et l'hygiène scolaire, par Halipré et Asselin, dans *Revue Française de Méd. et de Chir.* Oct. 1910.

La durée de la période d'*incubation*, que l'on a pu fixer avec précision dans la plupart des fièvres éruptives, reste encore entourée de quelque incertitude dans la scarlatine. D'après les classiques, l'incubation pourrait varier de quelques heures à deux semaines, et même plus. Dans une observation de Trousseau, la durée n'aurait été que de vingt-quatre heures. Parfois l'apparition d'un traumatisme intercurrent, en favorisant la diffusion des germes, diminuerait la longueur de l'incubation. L'un de nous en a relaté une observation caractéristique. Dans ce cas l'éruption éclata moins de vingt-quatre heures après un accouchement, qui s'était passé dans les conditions les plus simples. L'accouchement était terminée à 11 heures du matin, et le lendemain matin, moins de vingt-quatre heures après la délivrance, l'éruption se montrait, accompagnée d'une fièvre de 40° et d'une angine. Paget signale l'apparition de l'éruption, un, deux, ou trois jours après une opération. Sørensen, cité par Moizard dans l'article "Scarlatine" du *Traité des Maladies de l'Enfance* de Grancher

et Comby, aurait noté l'éruption neuf fois dans les trois jours qui suivirent l'accouchement.

Sans vouloir discuter la signification de ces faits, il convient de rappeler que les septicémies post-opératoires ou post-puerpérales s'accompagnent parfois d'érythèmes scarlatiniformes qui peuvent en imposer pour la scarlatine. Avant donc de conclure à l'existence de ces scarlatines chirurgicales ou obstétricales, il faut s'assurer de la coexistence de l'angine et, si possible, relever le point de départ de la contagion. En se montrant très rigoureux, on réduirait sans nul doute le nombre de ces scarlatines chirurgicales ou obstétricales, pour ne réserver ce nom qu'à quelques faits très bien étudiés et certainement rares.

Le docteur Sevestre, à l'Hôpital des Enfants-Assistés, a repris avec soin la question de l'incubation dans la scarlatine. Ses observations établissent invariablement le chiffre de quatre à cinq jours comme durée de l'incubation.

L'observation suivante recueillie à l'Hospice Général correspond aux indications de Sevestre et permet de fixer à cinq jours au plus la durée de l'incubation chez notre malade.

Observation. — L'enfant A. . . , âgée de 14 ans, est employée à Rouen, comme servante auxiliaire, dans une maison où l'un de ses parents est en service. Le samedi elle part pour se rendre dans sa famille, à la campagne. Elle arrive chez elle le samedi à midi, et trouve six de ses frères et sœurs atteints de scarlatine. Cinq d'entre eux, en période de desquamation, sont levés et circulent dans la maison. Le sixième, en période d'éruption, est couché. L'enfant reste dans la maison pendant deux jours, puis revient à Rouen, le mardi à midi. Rien à signaler pour la journée du mardi et du mercredi. Le jeudi l'enfant se lève, comme de coutume, à 7 heures du matin; elle descend pour s'occuper des soins du ménage, mais elle se sent bientôt malade et se voit forcée de regagner sa chambre. Elle éprouve une sensation de grand froid avec nausées. A 11 heures du matin on constate l'existence d'une éruption typique de scarlatine. L'enfant est conduite au pavillon d'isolement, où l'on confirme le diagnostic.

Cette observation appelle quelques remarques:

L'enfant ne fréquentait pas les classes, elle ne connaissait aucun enfant malade. Il semble bien qu'elle a contracté la scarlatine dans sa famille. L'incubation, en admettant que la contagion ait eu lieu dès l'arrivée, aurait donc duré exactement *cinq jours* (plutôt un peu moins de cinq jours, si l'on retranche les quelques heures de malaise qui ont précédé l'éruption). Si l'on suppose que la contagion s'est produite seulement au moment du départ, ce qui paraît bien peu probable, deux jours et demi se seraient

écoulés avant le début de l'éruption. On peut donc fixer la durée d'incubation dans ce cas entre deux jours et demi et cinq jours. Notre observation rentre donc dans les données établies par Sevestre.

Ces faits sont intéressants à préciser au point de vue de l'hygiène scolaire.

Sans doute la scarlatine est peu contagieuse au début, et l'on peut écarter assez à temps les enfants qui en sont atteints pour éviter habituellement la contagion. Malgré cela, les chefs d'établissements se soucient peu de recevoir les frères ou sœurs d'un enfant atteint de scarlatine; ils demandent avec raison de maintenir un isolement correspondant à la durée d'incubation de la maladie. Il semble, d'après ce que nous venons de voir, qu'il soit suffisant d'isoler pendant cinq jours les personnes qui ont été en contact avec un scarlatineux pour s'assurer que la contagion n'a pas eu lieu et pour éviter de ce fait toute cause de propagation de la scarlatine dans les milieux scolaires en particulier.

La période d'incubation dans la rougeole, par M. Sébilleau, médecin suppléant des Hôpitaux de Nantes, dans *La Clinique Infantile*. Oct. 1910.

Dans les ouvrages classiques, la description de la période d'incubation de la rougeole est, en général, très écourtée. Les auteurs de ces ouvrages, après avoir fixé à treize jours la durée de cette période, se contentent de la caractériser par quelques troubles vagues qui ne se différencient en rien de ce qu'on trouve habituellement dans les pyrexies commençantes. Cependant l'épidémie de rougeole qui vient de passer sur notre ville m'a permis de constater que si, chez beaucoup d'enfants, l'incubation ne se traduisait par aucun symptôme apparent, digne d'être noté, chez beaucoup aussi elle se traduisait par l'apparition de phénomènes intéressants que je vais essayer d'exposer au gré de mes souvenirs.

Parfois la période d'incubation de la rougeole s'accuse par une simple modification de l'état général et par un léger train de fièvre. L'enfant est maussade, se plaint de lassitude, délaisse ses jouets. Vous prenez la température et vous voyez que le thermomètre marque 37° . 6 à 37° . 8, et pourtant la langue est belle, les sellés continuent à être régulières et moulées; le pharynx est normal, les poumons ne révèlent aucun signe à l'auscultation la plus minutieuse. L'enfant reste dans cet état pendant quelques jours, au bout desquels éclatent les signes nets de la rougeole.

Parfois c'est l'appareil digestif qui entre seul en jeu pour cons-

tifier le tableau symptomatique. La langue est saburrale; l'enfant refuse les aliments et se plaint d'un manque complet d'appétit. Les vomissements sont rares, d'après du moins le résultat de mes observations, mais peuvent cependant se rencontrer. Ce qui domine surtout, ce sont les douleurs abdominales qui apparaissent sous forme de coliques suivies souvent de l'évacuation de matières liquides, glaireuses, mal digérées. Ce symptôme-douleur m'a particulièrement frappé et j'ai vu plusieurs enfants souffrir beaucoup du ventre avant l'apparition de la période d'invasion.

D'autres petits malades présentaient des signes intéressants, du côté de l'appareil respiratoire. Et, fait à mentionner, ces signes étaient toujours fugaces, duraient vingt-quatre à quarante-huit heures pour disparaître ensuite complètement et réapparaître deux ou trois jours plus tard, jusqu'à la période d'invasion. J'ai été appelé deux ou trois fois par les parents de l'un d'entre eux. Cet enfant présentait subitement de la fièvre ($38^{\circ},5$ à 39°), son nez coulait, ses yeux larmoyaient. Je regardais la gorge, elle était un peu rouge; mais sur la face interne des joues je ne remarquais pas le signe de Koplick.

Je quittais l'enfant en avertissant les parents que l'éruption n'allait probablement pas tarder à venir, malgré l'absence du signe de Koplick qui, très fréquent, n'existe cependant pas toujours. Le lendemain, quand je revenais voir mon petit malade, je le trouvais sans aucune température. Le nez ne coulait plus, les yeux n'étaient plus larmoyants, la gorge n'était plus rouge. Il nous donna ainsi deux ou trois alertes semblables. Mais un soir qu'il présentait des signes identiques à ceux que je viens de décrire, je pus constater en sus l'apparition nette du symptôme de Koplick et prédire comme prochaine, d'une façon ferme, l'éruption, qui, en effet, ne se fit pas attendre. Du côté des bronches j'ai noté chez plusieurs de mes petits malades des symptômes qui présentaient ce même caractère de fugacité. Ils toussaient d'une toux sèche, fatigante, brève. L'auscultation faisait entendre des râles sibilants très peu nombreux. Le lendemain la toux avait cessé, les râles avaient totalement disparu. D'autres, enfin, ont commencé leur rougeole par une bronchite véritable excusée par une toux continue, des râles muqueux disséminés dans toute la poitrine. Cette bronchite, qu'aucun traitement n'arriverait à faire céder, ne s'améliorait nettement qu'au moment de l'éruption. Elle durait de dix à treize jours, si bien que dans certains cas, j'ai eu peur de la coqueluche.

Je veux enfin parler d'un symptôme que j'ai trouvé à la période d'incubation de la rougeole et qui parfois peut dérouter le méde-

cin. Ce symptôme, c'est l'*hypertrophie brusque, soudaine, des ganglions du cou*, sans autre signe concomitant que de la fièvre. Il m'a été donné d'observer ce cas chez un de mes malades qui fit sa rougeole au début de l'épidémie. Cet enfant eut un soir 40° de température, puis ses ganglions sous-maxillaires et cervicaux se mirent subitement à enfler et à devenir très douloureux. Je l'examinai attentivement pour voir si une cause purement locale n'aurait pas pu provoquer ces phénomènes. Les gencives étaient en bon état, la face interne des joues ne présentait rien d'anormal, la gorge était saine, le nez ne coulait pas. J'ajoute que les régions parotidiennes n'étaient pas hypertrophiées et que les points douloureux que l'on trouve au cours des oreillons n'existaient pas. La fièvre et la douleur persistèrent pendant deux ou trois jours. Les ganglions diminuèrent de volume, mais n'en persistèrent pas moins très apparents. Etant donné l'aspect chétif de l'enfant, son tempérament lymphatique, l'absence de causes locales pouvant expliquer cette hypertrophie ganglionnaire, je commençai à être inquiet et je me demandais si un séjour au bord de la mer ne pourrait pas être utile, quand une nouvelle poussée fébrile survint, accompagnée d'une nouvelle poussée douloureuse dans les masses ganglionnaires et bientôt suivie de tous les signes d'invasion d'une superbe rougeole qui évolua normalement. La période d'éruption passée, les masses ganglionnaires diminuèrent notablement de volume, jusqu'à disparaître complètement une fois la maladie terminée.

Tels sont les différents signes que j'ai pu observer pendant la période d'incubation de la rougeole, lors de la dernière petite épidémie que nous venons d'avoir. La plupart sont bénins et peuvent facilement passer inaperçus. Chez les familles nombreuses, quand l'un des enfants fait une rougeole, les autres ne tardent pas à la contracter à intervalles réguliers et, pour ainsi dire, mathématiques. C'est en observant ces derniers, avant que leur rougeole ne soit, comme on dit, sortie, que l'on peut saisir au passage ces signes dont quelques-uns m'ont paru dignes d'attention.

THERAPEUTIQUE

Le "606" pratique et indolore, par Lafay et Lévy-Bing, dans *La Clinique* Paris, 4 nov. 1910.

La douleur est une objection sérieuse dans l'injection du "606". Ces messieurs ont préconisé une méthode que nous reproduisons intégralement; elle est simple et pratique.

— La méthode, que nous croyons avoir été les premiers, disent-ils, à préconiser, en France du moins, et qui, jusqu'à ce jour, nous a paru le procédé de choix dans la majorité des cas, trouve donc, en quelque sorte avant la lettre, sa justification immédiate, ainsi qu'on le verra plus loin.

La manipulation du 606 comprend deux choses : l'excipient et la préparation de l'injection.

L'excipient, constitué lors de nos premiers essais, par un mélange de lanoline anhydre et d'huile de vaseline officinale, présente aujourd'hui la composition suivante :

Lanoline stérilisée	1 partie
Huile de vaseline stérilisée	9 parties

Cet excipient, qui ne peut être employé pour les préparations mercurielles officinales, comme l'huile grise, parce qu'elles sont conservées un temps plus ou moins long, est, au contraire, l'excipient idéal dans le cas d'une préparation extemporanée, injectée aussitôt faite, et pour laquelle il n'y a pas à craindre le rancissement.

La lanoline, nous l'avons dit autrefois à propos de l'huile grise, ne rancit pas à l'air, est difficilement attaquée par les alcalis et pas du tout par les micro-organismes ; elle subit néanmoins, il va sans dire, une stérilisation complète avant son entrée dans la préparation. Elle a pour but de donner plus de corps à l'huile d'œillette et de faciliter ainsi la stabilité de l'émulsion.

L'huile d'œillette froissage n'est pas seulement de facile digestibilité, elle est encore d'une absorption rapide ; elle présente en outre un autre mérite : elle est de production française, car on la fabrique en grande quantité principalement dans le Nord de la France ; elle est, pour cette raison, toujours identique à elle-même, et une des rares huiles qu'il soit possible de se procurer à l'état de pureté. Il suffit de la laver à l'alcool et de la stériliser.

On mélange lanoline et huile d'œillette après stérilisation et avant complet refroidissement : l'excipient est alors prêt à recevoir le produit arsenical.

L'incorporation se fait très simplement, de la façon suivante : dans un tout petit mortier flambé on introduit, avec les précautions aseptiques d'usage, la dose de 606 à injecter ; on verse par-dessus une petite quantité d'excipient (2 centimètres cubes) et au moyen d'un pilon flambé on *délaie* soigneusement le sel ; quand l'émulsion est parfaite, on l'aspire dans une seringue stérile ; on rince à deux ou trois reprises pilon et mortier avec le moins possible d'excipient (environ 1 centimètre cube), qu'on aspire chaque fois.

Pendant les quelques minutes nécessaires à cette manipulation, *que tout le monde peut faire*, l'aiguille est en place dans le muscle pour vérifier s'il ne vient pas de sang, comme il est de règle pour toutes les injections huileuses. Il n'y a plus qu'à adapter la seringue sur l'aiguille et à pousser lentement l'injection.

Le produit est ainsi déposé dans l'organisme sans aucune transformation chimique, tel qu'il provient de l'inventeur, contrairement à ce qui arrive avec toutes les autres méthodes.

Ce procédé, on le voit, présente de nombreux avantages ;

1° Il ne demande aucune instrumentation spéciale, mais seulement un tout petit mortier de verre et un pilon. Et encore mortier et pilon ne sont pas absolument nécessaires : un verre de montre un peu concave, une petite capsule de porcelaine à fond arrondi suffisent ; le pilon sera remplacé sans le moindre inconvénient par un simple agitateur ou le bout fermé d'un tube à essais, d'autant qu'il faut *délayer* et non *triturer*, ainsi qu'on l'a dit plus haut.

2° Il exige à peine quelques minutes : le temps de délayer convenablement la poudre, qui est de consistance molle et n'a pas besoin de porphyrisation préalable. L'émulsion passe à travers les aiguilles communément employées pour les injections mercurielles insolubles, sans qu'il soit indiqué de recourir à une aiguille plus forte.

3° La manipulation peut être exécutée par tout le monde, ne nécessite ni tour de main, ni essais préalables ; elle met ainsi le médicament à la portée de tous.

4° Il est, à part la solution simple, le seul à ne faire subir au médicament aucune transformation chimique, ainsi du reste que nous l'affirmait dernièrement le chimiste qui, chez nous, est le plus au courant de la constitution moléculaire du 606, et que nous ne désignerons pas autrement, lui ayant promis de ne pas le nommer. Le médecin est donc certain d'injecter le chlorhydrate de dioxy-diamido-arséno-benzol tel qu'il vient du laboratoire du fabricant, et rien que ce sel, sans aucun produit de doublement connu ou inconnu. "Les expériences faites par Ehrlich et conduites par Hata ont été faites, dit Duhot, avec le produit préparé en *simple solution* et non *dénaturé* par l'adjonction de soude ou d'anesthésique." D'après une lettre du Dr Paul Beisele, de Francfort, que nous avons entre les mains, le professeur Ehrlich aurait même caractérisé d'une façon beaucoup plus énergique encore la méthode dite des dissolvants chimiques !

5° Peut-être même permettra-t-il, avec des modifications que nous indiquerons plus tard si les résultats sont conformes à nos espérances, de faire avec le 606 un produit titré, d'une conserva-

tion suffisante (plusieurs semaines), susceptible d'être délivré au médecin comme une injection mercurielle quelconque. On transformerait ainsi une solution difficile, compliquée, qu'on ne peut opérer qu'au moment du besoin, et fréquemment douloureuse, en une véritable préparation officinale, susceptible d'être réalisée facilement, de conservation suffisante et de tolérance parfaite.

6° Il assure au produit ainsi injecté une tolérance qu'il n'est pas exagérée de qualifier de parfaite: *douleur immédiate* nulle ou minime; *douleurs tardives*, dans tous les cas observés jusqu'à ce jour, peu sensibles; ni réactions locales gênantes, ni phénomènes inflammatoires; pas de température: jamais la courbe de nos malades n'a dépassé 38 degrés, ni le pouls 90, même avec des doses de 80 centigrammes.

Un de nos malades, médecin, injecté le soir, a dormi presque toute la nuit; le lendemain il est sorti comme de coutume et le soir la température était à 37 degrés, et le pouls à 82; depuis plus de trois semaines son état général est parfait.

Comme les autres allemands, Volk et Kromayer, nous conseillons, pour cette piqûre, le même lieu d'élection que pour les préparations mercurielles, c'est-à-dire la région fessière, et non pas la région scapulaire recommandée par quelques auteurs et qui nous a toujours semblé moins favorable.

7° Enfin, l'action curative, moins rapide, il va sans dire, qu'avec l'injection intra-veineuse, nous a paru sensiblement la même qu'après l'injection intra-musculaire ordinaire; les résultats cliniques sur ce point vont de pair avec l'élimination urinaire du métalloïde. Mais il ne faut pas oublier que la rapidité propre à l'injection intra-veineuse n'est pas toujours à rechercher.

8° Il est même vraisemblable que notre procédé assurera au produit une action plus prolongée, tout en mettant le patient à l'abri de trop brusques décharges arsénicales, considération qui n'est pas dénuée d'intérêt. Cette conception du traitement prolongé de la syphilis par les arsénicaux ne nous est du reste pas personnelle. Elle est, en effet, préconisée par le Dr Tissier dans les termes suivants: "...Ce que l'expérience nous a appris sur l'efficacité des injections réitérées du 606 me semble autoriser l'emploi systématique de cette *méthode des petites doses successives*, dans certaines formes de la maladie, jusqu'ici réputées dangereuses à traiter."

Le seul petit inconvénient que nous reconnaissons actuellement à cette méthode c'est d'exiger l'injection en deux temps, comme il est de règle avec tout excipient huileux. Au surplus, l'avenir nous dira si même cet inconvénient est bien réel et ne constitue pas plutôt un avantage, en mettant à l'abri d'accidents toujours possibles avec certaines injections faites en un temps.

Nous savons, en effet, que le propre de l'injection en un temps est d'exiger la non-coagulation des matières albuminoïdes par le liquide injectable; or, les solutions de 606, surtout en milieu légèrement acide "précipiteraient les matières albuminoïdes du sérum sanguin" (Mouneyrat), précipité susceptible de se redissoudre, il est vrai, mais qu'il ne faudrait peut-être pas systématiquement provoquer au sein des vaisseaux (?). Ce sont là considérations d'une extrême importance, que nous formulons sous toutes réserves, qui ont encore besoin d'être étudiées de très près, et sur lesquelles la lumière ne tardera certainement pas à se faire.

FORMULAIRE

1° *Fissures anales.*

Antipyrine	4 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 05 centigr.
Extrait thébaïque.....	0 10 centigr.
Axonge	30 grammes

(HUCHARD)

2° *Pharyngite granuleuse.*

Badigeonner deux fois, à 5 minutes d'intervalle avec solution de cocaïne au 1/5.

Badigeonner avec un pinceau un peu dur imbibé de la mixture suivante:

Iode.....	2 grammes
Iodure de potassium.....	2 —
Eau distillée.....	15 à 20 grammes

SUPPLÉMENT

LA VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET LES PROPRIÉTÉS ANALEPTIQUES DU VIN

(*Suite*).

Dans une précédente étude nous avons mis en relief les propriétés bienfaisantes et tonifiantes du vin, de celui du moins qu'on peut appeler, grâce à son origine et à son authenticité, le bon vin.

Ce premier point scientifiquement établi, puisqu'il était devenu nécessaire aujourd'hui de l'établir, nous avons affirmé qu'un excellent vin médicinal préparé avec des crus de bonne souche avec des médicaments de choix et un certain temps avant la consommation peut et doit être d'un bon goût parfait tel que nous le trouvons dans le vin Menut.

Nous pensons avoir ainsi démontré qu'il est possible, à l'appréciation du goût, de reconnaître une excellente préparation presque aussi bien qu'on reconnaît et le dégustant les bons crus de Médoc, de Sauterne, de Porto ou de Madère.

Rappelons la composition du vin Menut : maté, kola, extrait de quina, iode et phosphates.

Sauf le maté, dont les propriétés organoleptiques et la valeur curative sont malheureusement peu connues, les autres composants sont journellement usités.

Il faut bien avouer que le médecin est toujours obligé d'avoir recours à ces substances dont la réputation est bien établie. C'est la preuve certaine de leur efficacité admise par tout le monde.

Cependant la tendance actuelle paraît être de s'adresser aux préparations de viande pour obtenir les toniques et les réconfortants dont notre organisme débilité peut avoir besoin.

Un certain nombre de praticiens conseillent la viande sous toutes ses formes : extrait de viande, jus de viande concentré, viande crue.

On ne peut nier le bienfait d'une telle prescription dans bon nombre de cas ; mais ce traitement ne peut être réservé qu'à certains malades, sans cela, il expose à de nombreux inconvénients. Il est en effet démontré que la viande provoque dans le corps l'apparition de toxines très-nuisibles. C'est à débarrasser de ces toxines et des poisons dont nos organes sont parfois embarrassés que s'applique la thérapeutique actuelle basée sur le raisonnement et l'expérience.

Il y a donc dans ces prescriptions des contre-indications formelles.

Aucun inconvénient pareil n'est à redouter avec le vin Menut. Dans sa composition il n'entre pas une parcelle de viande ou d'extrait de viande ; bien au contraire il contient en petite quantité il est vrai, mais en quantités réelles et dosables un diurétique sûr et éprouvé : l'iode que s'y trouve combiné au tannin.

L'iode et les iodiques ont fait l'objet ces derniers temps de travaux très intéressants. La thérapeutique journalière est appelée à en bénéficier largement.

Nous les résumons en quelques mots afin de montrer tout le bénéfice qu'on peut retirer d'une préparation iodée aussi agréable aussi bien acceptée que le vin Menut.

Nous avons déjà dit que l'iode en petite quantité a une action manifeste sur le rein, action mise en relief par Dieulafoy. Il a aussi une influence marquée sur tout l'appareil glandulaire. C'est ainsi qu'il détermine une hypersécrétion légère, mais réelle des glandes salivaires, buccales, pharyngiennes, cutanées.

“ Avec de faibles doses d'iode, dit le professeur Pouchet, “ membre de l'Académie de médecine, on observe une hypersécrétion de salive et de suc gastrique en même temps que la digestion est favorisée et que l'appétit est plus vif et plus soutenu. ”

Le même auteur traitant ce sujet affirme que la glande thyroïde est très heureusement influencé par l'iode.

C'est l'avis d'Oswald qui déclare que la glande thyroïde sous l'influence du traitement iodé s'enrichit en iode, enrichissement décelé par l'analyse.

Pour nous résumer :

Le vin Menut contient de l'iode, en petite quantité dissimulé par un mode opératoire spécial.

De par cet iode il a une action manifeste : 1° sur les sécrétions et les excréctions diverses : glandes pharyngiennes, spermatiques, utéro-vaginales, etc.

2° En particulier sur l'hypersécrétion des glandes salivaires et du suc gastrique ;

3° Sur le système lymphatique et le tissu lymphoïde pour la résorption des exsudats et la disparition des résidus pathologiques.

D'où nous concluons que le vin Menut est un puissant adjuvant dans la médication des affections ganglionnaires ou strumeuses, dans la scrofule, les adénopathies suppuratives, dans toutes les maladies où il est nécessaire de stimuler la nutrition et d'activer les échanges indispensables de désassimilation.

Mais le vin Menut contient encore du maté et de la kola, de l'extrait de quinquina et des phosphates.

Nous verrons dans un prochain article l'utilisation pratique de ces divers composants.

DR DEBRETEUIL.

LA DIFFERENCE ENTRE LA " MORPHINE ", LA " CODEINE " ET " L'HEROIN "

Le Bureau de santé de New-York décrétait dernièrement : “ Qu'aucun sel de cocaïne ou de morphine, seul ou combiné avec d'autres substances, ne pouvait être détaillé par qui que ce soit à N.-York, sans une prescription d'un médecin. ”

Le résultat fut si radical que le Bureau de santé dut donner une explication à ce sujet et admettre que l'Héroïne et la Codéïne n'étaient pas des sels de morphine et n'étaient pas inclus dans la liste. En effet, l'Opium est un composé de divers alkaloïdes entre-

autres, la Morphine, Codéine, etc., avec propriétés différentes. L' " Héroïn " n'est pas un alkaloïde de l'Opium, mais seulement une combinaison de principes actifs alkaloïdes qui forment les sels d'Héroïn, de Codéine, etc., qui ne sont pas des sels d'Opium.

Ces sels diffèrent tout à fait d'ailleurs dans leurs effets et la profession Médicale sait fort bien que, contrairement à la Morphine, la Codéine ou l'Héroïn ne prédisposent pas à l'usage habituel.

1° En résumé : L'Opium et ses dérivés, excepté la Morphine et ses sels, ne sont pas prescrits dans cet édit.

2° La Codéine et l'Héroïn ne sont pas des sels d'Opium.

3° La Codéine et l'Héroïn ne sont pas des sels de Morphine.

L'ANEMIE DE LA DIETE AU LAIT

Bien qu'il soit généralement admis que le lait est un aliment complet, contenant des protéïdes, des hydrates de carbone et des substances grasses, avec eau, sels inorganiques, il est tout de même reconnu qu'il est pauvre en fer.

Il n'est donc pas surprenant de constater une anémie assez prononcée pendant la convalescence des fièvres, des néphrites chroniques ou le lait était le seul aliment.

Le Pepto-Mangan (Gude) est alors un aliment d'épargne, suppléant au système épuisé, le fer qui lui manque sous une forme tolérable, prompte et facilement absorbée sans aucune irritation locale ni constipation subséquente.

UNE BONNE OCCASION

Un médecin Canadien-Français, parlant anglais et ayant quelques capitaux à investir, trouvera quelque chose de très avantageux en communiquant avec Casier Postal No169, Knowlton, Qué.

TABLE ALPHABETIQUE DES MATIERES

1910

1422

A	PAGES	C	PAGES
<i>Abcès tuberculeux</i> — formule pour injection.....	667, 668	<i>Carnegie et Université Laval</i>	683, 686
<i>Accidents du travail</i> au Canada la loi sur les—et le rôle du médecin—	150	<i>Ce que l'on mange</i>	414
<i>Acnée rosée</i> (nez rouge) — formules diverses.....	645	<i>Charlatans</i> — une histoire vraie..	160
<i>Adrénaline</i> — maladie d'Addison et adrénaline.....	645	<i>Chloroforme</i> — Accidents tardifs..	344
<i>Albuminuries intermittentes curables dites digestives</i>	77	<i>Chorée à la suite des émotions</i>	352
<i>Alcoolisme en médecine légale</i>	311	<i>Chorée de Sydenham</i> — formule.....	183, 184
<i>Alcoolisme et tuberculose</i>	720	<i>Citrate de soude contre les vomissements des nourrissons</i>	
<i>Alcoolisme</i> — la morbidité et la longévité chez les débitants de boisson.....	55	<i>Coeur</i> — le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche.....	176
<i>Alcoolisme</i> — et pratique de la médecine.....	280, 327, 332	<i>Collargol</i> — son emploi par la bouche dans la pneumonie de l'adulte et dans la broncho-pneumonie de l'enfant.....	346
<i>Ascite</i> — l'autosérophérapie de.....	236	<i>Collège des médecins et Chirurgiens de la P. Q.</i> — A propos d'irrégularités.....	391
<i>Association médicale du district d'Ottawa</i>	101	<i>Congrès de Sherbrooke</i> — Organisation.....	583
<i>Association médicale de l'ouest de Montréal</i>	173	<i>Collège des Médecins P. Q.</i> — Assemblée de Septembre 1910...	640
<i>Association des médecins Congrès de Sherbrooke</i>	340	<i>Conseil de discipline</i>	464
<i>Association médicale chirurgicale du district de Joliette</i>	478	<i>Contagion et maladies contagieuses</i>	416
B		<i>Convulsions des enfants</i> — formules.....	667
<i>Batailles de coq</i> — poésie.....	603	<i>Coqueluche</i> — formule.....	184
<i>Bill Roddick</i> — 2, 63, 164, 235, 276, 290		<i>Coryza</i> — traitement abortif.....	183
<i>Biopsie</i> dans les ulcérations chroniques du pharynx —	317	<i>Cystite tuberculeuse</i> — formule.....	300
<i>Bismuth</i> dans les maladies de l'estomac —	484, 610	D	
<i>Bismuth</i> — traitement par les injections de pâte de —	238	<i>Déontologie médicale</i>	337, 401, 425
<i>Blennorrhagie urétrale</i> — traitement général —	613	<i>Déontologie médicale et charlatanisme</i>	225, 526, 528
<i>Bluff américain</i>	683	<i>Décapsulation du rein dans l'éclampsie puerpérale</i>	362, 704
<i>Bourdonnements d'oreille</i> — traitement.....	182	<i>Déclaration de Maladies contagieuses à Montréal</i>	639
<i>Boues radio-actives en thérapeutique</i>	296, 298	<i>Diarrhées infantiles</i> —Bouillons végétaux dans les.....	596
<i>Bronchite aiguë dans la première et la seconde enfance</i> — traitement.....	55	<i>Digitale</i> — Injection d'urgence. ...	590
<i>Bronchite simple chez l'enfant</i> — traitement.....	661	<i>Diurétique</i> — formule.....	183
<i>Bronchite aiguë</i> — traitement.....	615	<i>Dyspepsies</i> — traitement.	109
		<i>Dysenteric</i> — formule.....	183
		E	
		<i>Eclampsie puerpérale</i> — à propos du traitement.....	700

	PAG
<i>Eclampsie</i> — danger des injections souscutanées d'eau salée dans l'—.....	361
<i>Eczéma aiguë</i> — traitement chez l'adulte et chez l'enfant. ...	544, 546
<i>Eczéma</i> — formule.	183
<i>Expertises médico-légales</i> — le fonctionnement des — en France.	31
P	
<i>Fièvre des foies</i> — formule.....	671
<i>Fièvre typhoïde</i> — de la rechute dans la —.....	542
<i>Fièvre typhoïde</i> — Endémo-épidémie causée par un porteur de bacilles.....	559
<i>Fièvre typhoïde</i> causes de la contagion et moyens de les combattre.....	16, 53
<i>Fièvre typhoïde</i> de la grossesse et des suites de couches.....	136
<i>Fissures anales</i> , formule.....	736
<i>Fractures de la rotule</i> — le traitement opératoire moderne des —.....	125, 187
G	
<i>Gargarismes</i> — formules diverses,	618
.....	619
<i>Grippe</i> — traitement.....	241
<i>Grossesse</i> — végétations dans la —	27
H	
<i>Hygiène à l'école</i> — enseignement actuel.	567
<i>Hydrocèle</i> et auto-sérothérapie.....	488
<i>Hygiène de l'enfance</i> — puériculture.	449
<i>Hôpital Notre-Dame</i>	408
<i>Huile de ricin</i> — Comment la donner.	663
I	
<i>Incontinence d'urine</i> — guérie par l'acidification des urines.....	56
<i>Iodures de potassium et de Sodium</i> — mode d'emploi.....	364
L	
<i>Lait</i> — Action du foie sur le.	363
<i>La lutte contre la tuberculose</i>	382
.....	409, 413, 720
<i>La marine au Canada</i> — Règlements relatif à l'admission de médecins dans le service.	531
<i>Laryngites aiguës</i> de l'enfance — formule.	671
<i>Lavements alimentaires</i> — quelques formules.	347
<i>Le casier sanitaire</i> des maisons.	442
<i>Le congrès de Sherbrooke</i>	475
<i>Le passé</i> — poésie.	381

	PAGES
<i>Le médecin</i> dans la pratique médicale.	471
<i>Le professeur Rottot</i> — nérologie.	621
<i>Le Professeur Lamache</i> nérologie	375
<i>Le prof. Lancereaux</i> — nérologie.	726
<i>Les calculs de l'urètre</i>	219
<i>Les adénopathies cervicales</i> — causes et traitement.	626
<i>Lever précoce</i> des accouchées.	372
<i>Licence interprovinciale</i>	334, 335
<i>Lithiase biliaire</i> — traitement.....	548
M	
<i>Maladies contagieuses</i> et contagion	349
<i>Mal de Pott</i> sans signes rachidiens	273
<i>Mal de tête</i> — formule.....	305
<i>Maladies vénériennes</i> — l'éducation populaire dans la prophylaxie des —	578
<i>Méningisme</i> au cours de l'entérocolite.....	510
<i>Méningite cérébro-spinale</i> épidémique.....	356
<i>Mortalité infantile</i> Comment la diminuer.....	713
<i>Mort et submersion</i>	435
<i>Muguet des Nouveaux-nés</i>	57
N	
<i>Néphrite</i> — considérations générales sur la sémiologie des —.....	220
<i>Nos honoraires</i>	34
<i>Nucléinate de soude</i> et la leucothérapie en thérapeutique mentale.	299
<i>Noix vomique</i> — formules diverses.....	668, 669, 670, 671
O	
<i>Ozone</i> traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de —	497
P	
<i>Paralysie générale</i> — période médico — légale de la	585
<i>Pédiculose</i> et impetigo pédiculaire traitement.	179
<i>Perforations intestinales</i> de la fièvre typhoïde — diagnostic et traitement.	86
<i>Pharyngite granuleuse</i> — formule.	736
<i>Ponction lombaire</i> — la — chez les syphilitiques.	180
<i>Rougeole</i> contagion.....	730
R	
<i>Rachitisme</i> et tuberculose.....	295
<i>Rage</i> — un moyen simple et facile de diagnostiquer la — chez l'animal.....	178
<i>Rhumatisme articulaire aiguë</i> — formules.....	184

S	PAGES	T	PAGES
<i>Salycolate de soude</i> contre le coryza et l'amygdalite aiguë.....	609	<i>Teinture d'iode</i> dans l'antiseptie des plaies et des mains.	420
<i>Scarlatine</i> - mode de contagion	552, 728	<i>Tuberculose</i>	249
<i>Sérum Anti-méningococcique</i> — mode d'emploi.....	423	<i>Tuberculose pulmonaire</i> — repos et exercice dans la.....	521
<i>Simulation</i> en Médecine légale...	264	<i>Tuberculose</i> le frémissement subjectif et le diagnostic de la —	
<i>Société médicale</i> du district de Trois-Rivières.....	293	<i>Tuberculose</i> — quelques conseils pratiques aux enfants d'école	643
<i>Société médicale de Montréal</i> — 51, 52.....	174, 175, 284, 286, 289, 645	<i>Trousses</i> d'un médecin pratiquant — objets, instruments et appareils indispensables.....	323
<i>Société médicale de Montréal</i> — rapport de secrétaire pour l'année 1909.....	46	<i>Tumeur du cerveau</i>	318
<i>Sténoses spasmodiques</i> du pylorus.....	606	V	
<i>Syphilis</i> et " 606 " , — méthode pour injection sous-cutanées indolores.....	732	<i>Végétations</i> de la grossesse.....	27
<i>Syphilis</i> — traitement par le " 606 ".....	608, 648, 654	<i>Verrus planes</i> — formules.....	667
<i>Syphilis du nouveau-né</i> — formule	241	<i>Vers intestinaux</i> — erreurs de diagnostics à propos de.....	148
<i>Syphilis cérébrale</i> , artérite oblitérante, anévusines.....	271	<i>Voies urinaires</i> — Lotion pour injections dans les maladies des	550
<i>Syringomyélie</i>	320		

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

<i>Affections chirurgicales</i> de l'abdomen par Guinard.....	242	<i>La photothérapie</i> par Friedmann	555
<i>Consultations</i> et thérapeutique dentaires par Estéoule.....	304	<i>La thérapeutique électro-physiologique et philosophique</i> par Le Cavalier.....	620
<i>Cure radicale</i> de la hernie inguinale par Lucas — Championnière.....	116	<i>Les appareils plâtrés</i> par Privat	427
<i>Éléments d'obstétrique</i> par Wallich		<i>Les Dégénérés auditifs</i> par Marie.....	302
<i>Esquisses cliniques</i> de Psychothérapie par Rivère.....	368	<i>Les solses à éclipse</i> Essai sur le rôle du subconscient dans par Legrain.....	301
<i>Formulaire</i> aide mémoire de la faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris par Gnenévrier.....	185	<i>Le tonion artérielle en clinique</i> par Gallavardin.....	675
<i>Formulaire</i> aide-mémoire de médecine infantile en tableau Synoptiques par Legrand.....	667	<i>Les Rêves et leur Interprétation</i> par Mœrner et Wasselon.	302
<i>Formulaire</i> des Spécialités pharmaceutiques pour 1910 par Gaudette.....	555	<i>Les formes larvées</i> du paludisme par Mouséfos.....	673
<i>Formulaire</i> des médications nouvelles pour 1910 par Gillet.....	557	<i>Maladies chirurgicales</i> du Foie et des Voies biliaires par Faure	558
<i>Guide de l'étudiant</i> en médecine Gauvreau.....	367	<i>Multiplications</i> de physique biologique par Guillemot.....	491
<i>Guide pratique</i> du diagnostic de Syphilis par Gastou.....	369	<i>Manuel pratique</i> de la lithotritie par Cathelin.....	674
<i>Hygiène</i> du visage par Gastou.....	367	<i>Précis du traitement</i> des fractures par le massage et la mobilisation par Lucas Championnière.	490
<i>Formulaire</i> des médicaments nouveaux pour 1910 par Bocquillon Limousin.....	300, 492	<i>Prétuberculose</i> et mensurations de poitrine par Bourreille.....	117
<i>L'aérophagie</i> par Mauban.....	489	<i>Traité pratique</i> d'électricité médicale par Larat.....	556
<i>La médecine</i> à bord par Clair.....	303	<i>Thérapeutique usuelle</i> du praticien par Robin.....	672
<i>La Rééducation</i> physique et psychique par Lavraud.....	301	<i>Un nouveau traitement</i> du tabes par Jaworski.....	428