

ACTUALITES

UN BUREAU CENTRAL D'EXAMINATEURS DANS LA PROVINCE DE QUEBEC (1)

Par M. L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'Université Laval, suppléant à la chaire de physiologie expérimentale.
Médecin, à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

(fin)

II

Dans le chapitre précédent, nous avons fait l'historique des privilèges universitaires et nous avons constaté qu'il formaient le principal obstacle à l'établissement d'un bureau central d'examineurs dans cette province.

Nous avons dit le principal obstacle. Et en effet, ce n'est pas le seul.

La représentation équitable des diverses races et des universités; la question des examens cliniques et les examens sur les travaux pratiques sont des problèmes qui ne recevront de solution satisfaisante qu'après bien des tâtonnements.

Nous ne saurions établir un tel bureau et le faire fonctionner sans la bonne volonté de nos universités, de nos institutions hospitalières et de la profession en général.

Mais ces questions, tout importantes qu'elles soient sont des questions de régie interne, difficiles sans doute, mais non pas insolubles.

N'avons-nous pas, d'ailleurs, l'exemple du Royaume-Uni et celui de la province d'Ontario: nul doute qu'en étudiant leurs méthodes nous n'y trouvions bien des choses qui faciliteraient notre organisation.

Comment se fait-il que le Bureau des gouverneurs et que la profession en général, qui n'ignorent pas ces difficultés, n'en persistent pas moins à réclamer la formation d'un bureau central d'examineurs pour la province de Québec.

La profession évidemment y voit de grands avantages.

Sans doute, une telle mesure ne serait pas une panacée aux maux dont souffre notre corps; mais, quels qu'ils soient, les avan-

(1) Communication à la société médicale de Montréal, séances du 9 janvier 1906. (Voir la I^{re} partie, Union Médicale 1^{er} décembre 1905.)

tâches qui en résulteraient, méritent de recevoir la considération sérieuse de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de la profession médicale.

Le premier, sinon le principal, serait d'avoir notre *home-rule*, une direction libre de la profession par la profession. Que de fois, le corps médical n'a-t-il pas eu à regretter d'être ainsi tenu en tutelle? Pourquoi depuis son existence, le bureau médical a-t-il si peu accompli? Ce ne sont certes pas les hommes qui ont manqué. Nous avons eu à notre tête depuis les soixante années que nous existons, des esprits remarquables autant par leurs capacités administratives que par leur science médicale. L'on aurait dit qu'un singulier destin voulait établir un contraste entre le mérite de nos gouverneurs et l'impuissance de leur action.

On entend souvent attribuer nos insuccès à l'apathie de nos gouverneurs, et sans doute, cette apathie y a sa part, mais soyons en certains, la cause principale est en ceci: nous n'avons pas eu jusqu'à présent la liberté d'action à laquelle nous avons le droit de prétendre. N'ayant pas, en réalité, la direction scientifique, nous n'avons pu avoir la direction des intérêts matériels de la profession.

Nos pas vers le progrès sont enrayés par des entraves qu'il n'est pas en notre seule puissance de défaire.

Un bureau central rendra la profession maîtresse de ses destinées et lui permettra de diriger elle-même l'orientation de sa politique.

Ce point, croyons-nous, n'a pas besoin de plus ample démonstration.

Mentionnons encore comme un avantage, le nouvel essor qu'un tel bureau ne pourrait manquer d'imprimer aux études médicales en cette province.

Deux universités se trouveraient en présence de nationalités différentes.

Toutes deux ambitieuses, elles ont à cœur de perpétuer, sur notre sol canadien, les luttes pour le progrès qui se livrent dans leur pays d'origine.

Qu'elles aient donc ici l'occasion de donner libre cours à de si justes ambitions. Pas plus que les individus, les institutions ne veulent se laisser dépasser. Donnez leur un point de contact, la lutte s'engagera aussitôt.

Nos institutions, nous repète-t-on souvent, sont sans grandes ressources financières. C'est vrai — Mais depuis quand la richesse des institutions est-elle le seul critérium de la valeur de ceux qui y ont été formés ?

La jeunesse universitaire est noble et généreuse; elle tient à porter haut le drapeau de l'alma mater; elle n'attend même pas toujours l'appel.

Notre bureau lui inspirera l'ambition du succès sur un théâtre encore plus grand que celui de l'université.

De cette émulation sortiront des générations de travailleurs, de lutteurs et par conséquent des médecins instruits et capables de s'affirmer.

Quant à ce qui nous regarde particulièrement, nous, canadiens français, avons-nous bien en général toute la considération que nous méritons.

L'on nous offre une occasion de montrer notre force. — Pourquoi la refuserions-nous ?

Ce n'est que par la lutte que nous gagnerons nos épérons.

Pourquoi la France, l'Angleterre et l'Allemagne avancent-elles si vite dans la voie des découvertes scientifiques, si ce n'est parce que chacun de ces pays veut tenir la tête du progrès.

Qu'est-ce qui a fait la force des universités d'Oxford et de Cambridge, si ce n'est leur rivalité.

Il y a ici, dans un petit coin de notre pays au Manitoba, une université encore à ses débuts à laquelle sont affiliés quatre ou cinq établissements d'instruction secondaire. — Parmi ces institutions, il en est une catholique et française, dirigée par des Jésuites.

Chaque année les élèves de tous ces collègues doivent subir un même examen pour obtenir leurs degrés universitaires. — Or, sur les lettres, les élèves des Jésuites étaient d'emblée sur un pied égal, sinon supérieur, à celui de leurs confrères des autres institutions. — Les sciences, les autorités s'en aperçurent bien vite, donnaient moins de satisfaction. — Qu'ont fait les Jésuites ? — Ils ont immédiatement eu des professeurs spéciaux de mathématiques. Aux cours réguliers, ils ont ajouté des cours de sciences particuliers. Et leurs élèves aujourd'hui luttent avec avantage, non seulement sur les lettres, mais encore sur les sciences.

Voilà ce que peut produire l'émulation.

Nouvelle raison — Lorsque la profession réclama, pour la première fois, la création d'un bureau provincial d'examineurs, l'un des arguments qu'elle invoquait en sa faveur était qu'un tel bureau mettrait fin aux abus de législation particulière.

abus de législation particulière.

Les aspirants à la pratique de la médecine, avant d'être admis à exercer leur profession dans cette province auraient à subir deux épreuves :

Celle du baccalauréat ou celle du brevet d'admission à l'étude; et l'examen d'admission à la pratique.

Les conditions de la licence étant ainsi bien définies, les irréguliers ne pourraient invoquer l'injustice ou l'obscurité de la loi.

Bien que les aspirants ne puissent pas aujourd'hui, aussi facilement qu'autrefois, se faire admettre par des bills privés, nous croyons que l'argument est bon : l'établissement d'un tel bureau aurait l'avantage d'éliminer de nos rangs ceux qui veulent y entrer sans les qualifications régulières.

Si l'on nous dit que ce serait une mesure inutile : que les irréguliers ne peuvent plus présenter de *bills privés* devant la législative, à moins d'avoir préalablement obtenu l'assentiment du bureau de direction de la profession qu'ils veulent embrasser, nous ferons remarquer que c'est immédiatement après la passation de cette loi, que fut présenté le bill Taschereau.

Nous passons immédiatement à l'étude d'un dernier avantage : la réciprocité interprovinciale.

Deux projets ont été proposés pour permettre aux gradués d'une province de pouvoir exercer leur art dans toutes les parties de la confédération.

Le premier comportait l'établissement d'un seul bureau central d'examineurs pour toutes les provinces.

Comme ce projet exigeait, des provinces, une abdication implicite, il est vrai, de leurs droits en matière d'éducation, il n'a jamais été adopté.

Un bureau central d'examineurs pour chaque province, c'est-à-dire un bureau comme celui dont nous nous occupons actuellement telle est la base du deuxième projet.

Les licences accordées par l'un de ces bureaux provinciaux seraient reconnues par les bureaux des provinces sœurs.

Ce projet qui sauvegarde l'autonomie des provinces a, pour nous,

canadiens français cet avantage: qu'il nous permet d'entrer dans cette union, avec notre influence provinciale.

Les lois de la province d'Ontario ainsi que nous pouvons le constater par l'extrait suivant de l'Acte Médical, sont favorables à la réciprocité, établie sur ce principe.

La section 26 se lit comme suit:

“ Aussitôt qu'il sera constitué un Bureau Central d'examen semblable à celui établi en vertu de cette loi, ou une institution reconnue par la législature d'aucune des autres provinces de la Puissance du Canada, comme le seul bureau d'examen aux fins d'octroyer des certificats de capacité, et où le cours d'études est égal à celui de la province d'Ontario, le porteur de tout tel certificat, sur preuve satisfaisante aura droit à l'enrégistrement par le Bureau d'Ontario; Pourvu que le même privilège soit accordé par tel bureau d'examen ou institution aux porteurs de certificats d'Ontario.

Les provinces Maritimes, bien que ne s'étant pas prononcées d'une manière catégorique à leur congrès de l'été dernier, paraissent cependant vouloir accorder leur adhésion au projet. Il en est de même pour le Manitoba et les provinces de l'Ouest:

Ces provinces semblent vouloir attendre que les grandes provinces entrent résolument dans le mouvement.

Il n'est donc pas téméraire d'affirmer que du moment où Québec et Ontario prendront l'initiative, les autres parties du pays adopteront la même ligne de conduite.

Pour nous, la question se pose donc comme ceci:

Les avantages que nous retirerions de la réciprocité de licence avec les provinces-sœurs, seraient-ils assez considérables pour que nous songions à établir un bureau d'examineurs parmi nous.

Nous n'envisagerons ici que les intérêts de nos confrères canadiens français.

La lutte tenace que les médecins de langue anglaise poursuivent depuis des années, démontre que la réciprocité aurait pour eux des avantages reconnus.

En serait-il de même pour nous?

Nous le croyons.

La réciprocité aurait pour effet de nous permettre d'abord d'éviter l'encombrement qui nous menace; ensuite de fournir des hommes instruits de notre nationalité à nos compatriotes dissé-

minés dans les provinces anglaises et enfin d'étendre l'influence de notre université canadienne française.

La profession n'est peut-être pas encore encombrée, mais il y a évidemment pléthore.

Il n'est pas besoin d'un grand travail de calcul pour constater que le nombre de nos médecins augmente proportionnellement beaucoup plus vite que le chiffre de notre population.

La pléthore s'accroît tous les jours.

Déjà, règne le malaise! la gêne oblige trop souvent ceux qui se sentent pressés d'un peu près à jouer des coudes, au risque de meurtrir les voisins moins bien organisés pour la lutte.

D'où quelquefois des compétitions fâcheuses, des procédés qui prêtent à la critique.

N'est-il pas temps que nous songions à prévenir l'encombrement? — à ouvrir de nouveaux horizons à nos confrères de demain. Et les champs d'action ne sont pas difficiles à découvrir —, ou tout en recueillant une abondante moisson, nos confrères auront en plus le noble privilège d'exercer un apostolat national — Ce que nous demandons n'est pas exagéré — Il s'agit simplement d'obtenir pour nos médecins, la liberté d'exercer leur profession parmi nos compatriotes des autres provinces.

La province de Québec est bien encore le centre du Canada français, mais elle n'est pas tout le Canada français.

Les barrières interprovinciales ne peuvent plus contenir l'expansion de notre population.

Il est vraiment surprenant de constater le chiffre de nos compatriotes établis hors de cette province.

Les Acadiens des provinces maritimes sont aujourd'hui au nombre de 150,000. — Ils s'affirment aujourd'hui avec une énergie éclatante;

Nous avons dans la province du Manitoba 30,000 de nos compatriotes; nous en avons 18,000 dans les nouvelles provinces de l'ouest; et pour toute cette population canadienne française, il n'y a pas 20 médecins de notre origine.

Il y a, nous disait dernièrement un missionnaire, dans la seule province du Manitoba, une population d'origine non anglaise et non française, au nombre de 80,000 qui n'ont pas de médecins et qui les prennent où ils les trouvent.

La province où l'accroissement de la population canadienne-française se fait le plus rapidement est la province d'Ontario: l'augmentation n'est pas seulement constante elle est progressive.

En 1891, nous y étions au nombre de 101,000; en 1901, nous étions 161,000 et aujourd'hui nous dépassons 200,000

Le Nipissing et l'Algoma reçoivent annuellement plus de colons canadiens français qu'aucun de nos centres de colonisation de la Province de Québec.

Tous ne viennent pas d'ici: un certain nombre ont commencé par travailler dans les chantiers, d'autres ont été ouvriers dans les scieries, les mines ou les aciéries. — Ils appartiennent tous à la classe des travailleurs.

Quand même nous ne verrions dans ces provinces que de nouvelles sphères d'action pour notre classe professionnelle, notre devoir ne serait-il pas de chercher à y obtenir l'admission en franchise de nos licences?

Mais un but plus généreux doit nous y pousser.

Dans les provinces maritimes, ne devons-nous pas aider à cette renaissance acadienne — la classe médicale française est loin de répondre aux besoins de la population qui se réveille et qui ne demande qu'à redevenir française.

Et dans Ontario et les provinces de l'ouest, n'avons-nous pas un rôle tout tracé.

L'anglicisation y menace nos compatriotes.

Notre rôle ne doit-il pas être celui qu'ont joué nos confrères des Etats-Unis?

Quels sont ceux qui ont le plus contribué à garder catholique et française notre population émigrée si ce ne sont nos prêtres et nos médecins.

Il est donc important, non seulement au point de vue professionnel, mais surtout au point de vue national que nos classes instruites puissent s'établir parmi les groupes disséminés de notre population.

Nous y voyons un devoir envers nos compatriotes; nous y voyons plus encore.

La réciprocité interprovinciale serait peut-être le moyen le plus efficace d'agrandir la sphère d'influence de notre université.

Avec les difficultés d'examens qui existent aujourd'hui, les jeunes gens qui veulent exercer notre profession dans une province

quelconque, sont pratiquement forcés de faire leurs études dans cette province. Le nombre des canadiens français qui vont se disperser dans les universités d'Ontario et de la Nouvelle-Ecosse, augmente d'année en année.

L'Université Laval est la seule université de langue française de l'Amérique du Nord. Elle est le foyer des idées catholiques et françaises au Canada.

Il y aurait tout avantage pour elle, que ses gradués puissent pratiquer sans entraves dans toutes les parties de notre pays.

Nombre d'élèves, sinon la totalité des élèves canadiens français des différentes provinces anglaises, au lieu d'étudier dans les écoles de médecine de ces différentes provinces, où ils perdent souvent l'esprit français, viendraient ici donner un regain de vie à notre université;

Plus tard, établis dans diverses parties du pays, ils contribueraient à faire aimer leur alma mater et à en propager les idées. Quel puissant moyen d'action n'aurions-nous pas dans les deux cents médecins qu'un pacte de réciprocité nous permettrait de disséminer dans les autres provinces.

Nous vous avons donné quelques-uns des avantages qui militent en faveur de l'établissement d'un bureau central d'examineurs.

Sont-ils suffisants pour que nous donnions notre appui à cette cause c'est à vous de vous prononcer?

L'ADMISSION DES MEDECINS ETRANGERS DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

En novembre 1005. (1) nous attirions l'attention de nos lecteurs sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle on admettait les médecins étrangers à exercer dans la province de Québec. Nous faisons remarquer qu'en accordant la licence aux étrangers après un simple examen oral devant les membres du collège, nous favorisons ces derniers au détriment de nos nationaux — les irréguliers surtout — qui devaient passer brevêt avant d'obtenir telle autorisation.

Depuis, on nous a fait remarquer que les deux médecins étrangers, admis en septembre, étaient qualifiés à cette fin.

Le premier avait fait ses études à l'université de Montpellier, le second était élève médecin de l'université royale d'Italie et porteur d'un diplôme de bachelier de l'université de Milan. Le collège avait cru, dans ces circonstances, reconnaître l'équivalence des brevêts et leur accorder la licence après un examen médical très-satisfaisant.

— Nous n'avons jamais mis en doute la compétence des candidats, non plus que la bonne foi des membres du Bureau des gouverneurs. Nous avons voulu équilibrer les forces, et demander une protection effective contre l'immigration étrangère; car nous regorgeons de médecins à tel point qu'un des problèmes les plus difficiles que nous ayons à résoudre en ce moment est la création de débouchés nouveaux pour les futurs esculapes qui sortiront chaque année de nos universités.

Si nous sommes un jeune pays au point de vue politique: si si nous avons besoin d'émigrants pour peupler nos vastes territoires, par contre nous avons les médecins qu'il nous faut pour traiter les malades qui nous arrivent, et même davantage, à ce qu'il paraît!

De tous côtés on nous ferme la porte, même au Canada, il nous est très difficile d'aller exercer en province étrangère. Les canadiens-français, tout particulièrement, y sont tenus de subir, *en anglais*, des épreuves plutôt éliminatoires, et qui ne sont pas dépourvues d'un certain fanatisme lorsqu'il s'agit d'empêcher

[1] Voir *Union Médicale* novembre 1905.

leur implantation dans des centres français populeux et riches, comme il en existe dans Ontario, par exemple.

Nous demandons simplement que l'on applique ici, dans la province de Québec, les méthodes jugées bonnes ailleurs lorsque nous demandons l'hospitalité. Ne donner qu'en autant qu'on reçoit. C'est la ligne de conduite suivie par le Barreau au Canada. Un des professeurs de Droit à Laval, nous l'en causait dernièrement.

Il y a entente entre les différentes provinces. On maintient le principe de l'examen, mais il est convenu, en pratique, que l'épreuve est plutôt conventionnelle. C'est une règle générale reconnue et admise. De fait, les avocats sont libres d'aller exercer où bon leur semble, au Canada.

Ce n'est pas ainsi que les choses se passent pour les médecins. Et c'est malheureux pour nous. D'ailleurs, chaque pays, depuis quelques années, a passé des lois qui protègent avant tout ses nationaux.

En France, on décerne encore le diplôme à l'étranger, mais il est purement honorifique. Il ne donne pas droit d'exercer. Il faut, pour cela, faire acte de sujet français : faire le service militaire etc. C'est l'exclusion de l'étranger : la protection.

En Allemagne, et en *Italie*, il y faut subir des examens en langue nationale ; et on ne tient compte d'aucun brevet.

Les États-Unis sont sur le même pied. On y fait subir aux candidats des épreuves — en anglais — qui dans certains états portent même sur les matières préliminaires.

Et ce n'est pas tout.

Une enquête faite par la société médico-chirurgicale de Liège afin d'étudier la question de l'exportation des jeunes médecins belges et de la nature des encouragements donnés par le gouvernement, a révélé l'état de choses suivant, que je publie en résumé, à titre de renseignements.

En Grèce. — Il y a pléthore de médecins et aucune chance de réussite pour un médecin.

En Roumanie. — Les médecins étrangers sont tenus de se soumettre à un examen général à subir en langue roumaine.

La vie est chère en Roumanie, les habitants peu fortunés et les chances de réussite minimales.

En Russie. — La loi permet aux étrangers l'exercice de la médecine sous condition d'examen en langue russe.

En Serbie. — Il y a des médecins nombreux sortis des Facultés de Vienne, de Paris et de Berlin qui centralisent la clientèle des villes. La clientèle est insignifiante.

De plus l'autorisation de pratiquer est subordonnée à un examen subi en langue serbe.

Les Indes Britanniques sont inhospitalières à tout médecin qui n'est pas porteur d'un diplôme anglais. Seuls les Anglais peuvent réussir dans les grandes villes. Quant à la population hindoue, elle n'a recours qu'à des médecins indigènes ou à des empiriques.

Les Indes orientales, peuvent à la rigueur offrir un débouché aux médecins qui consentent à subir un examen général en langue néerlandaise.

La Perse, privée d'écoles médicales, présenterait, en revanche, de meilleures conditions.

En Perse, l'exercice de la médecine est libre ; ni diplômes, ni examens n'y sont exigés pour la pratique.

Le revers de la médaille, c'est que les Persans ont une mauvaise foi, jadis qualifiée de punique, remarquable en matière d'honoraires. Ils paient mal ou pas du tout. La légation belge de ce pays affirme qu'un médecin peut réussir en Perse, grâce à son énergie, à sa ténacité... et à quelque fortune.

La Turquie accepte volontiers les services des médecins étrangers. Il suffit d'un simple examen, subi en langue française, à Constantinople, pour obtenir la licence de pratiquer. Seulement, il y a deux écoles de médecine à Beyrouth, qui fournissent de médecins toute la Turquie d'Asie. Le prestige du nom européen est resté très grand, surtout en Turquie d'Asie, et le succès y serait certain pour un médecin belge, mais il est à craindre que le succès ne se traduise pas en honoraires vu la pauvreté du pays.

En Egypte, un médecin étranger peut exercer son art sans passer d'examen, en faisant simplement enregistrer son diplôme.

Là-bas, fonctionne une Commission sanitaire qui, chaque année, fait appel au concours des médecins de langue française.

Pendant plusieurs années, les journaux médicaux du pays ont reçu un ordre d'annonce pour faire connaître à leurs lecteurs que des places étaient vacantes.

La commission ne s'adresse plus actuellement aux journaux belges. Aucune demande de renseignements ne venait de ce pays, aucune candidature n'était posée. C'est la simple constatation d'un fait précis que je signale en passant.

Le Maroc n'exige aucun examen des médecins étrangers, mais les médecins sont rares dans ce pays où on ne les consulte pas.

Le "Toubib" n'a pas encore acquis, dans ce pays musulman, le prestige qu'il a conquis en Algérie.

Le Natal et le Transvaal pouvaient, jadis, être considérés comme un débouché pour les médecins. Depuis la guerre Sud-africaine, l'élément anglais a pris pied dans les pays voisins du Cap et ne laisse plus de chances de réussite aux médecins qui voudraient chercher fortune dans ces pays neufs.

En Tunisie, les postes médicaux sont réservés aux médecins français.

En Amérique, il est inutile de rappeler que les rigueurs des lois protectionnistes excluent de fait les porteurs de diplômes étrangers dans l'U. S. A. Dans les pays de l'*Amérique centrale*, les règles d'admission varient.

Au *Guatemala*, les médecins doivent subir un examen pour être admis à la pratique, mais le pays est si bouleversé par les crises politiques qu'il n'offre pas de sécurité.

La Bolivie possède trois Universités et se dispense de recourir aux offices médicaux des étrangers.

Le Brésil exige que le médecin étranger se fasse inscrire dans une Université du pays et subisse un examen en langue portugaise. Le Brésil est inondé de médecins espagnols et n'offrirait quelque chance de succès qu'à des spécialistes.

Le Canada, sur son vaste et riche territoire, compte six écoles de médecine. Jadis, il attirait à lui tous les genres d'immigrants, y compris les médecins. Aujourd'hui, sa *production médicale* ne laisse que peu d'espoir de succès à un médecin belge.

Le Chili se suffit à lui-même.

La Guyane hollandaise protège de préférence les médecins de la Métropole.

La République de Haïti accorde la licence sous condition d'un examen passé devant une Commission médicale. Elle admet assez facilement les étrangers qui pourraient encore y trouver vie confortable.

Le Mexique compte de nombreux médecins étrangers qui ont très bien réussi. L'exercice de la médecine y était libre en 1899, mais un nouveau projet de loi aux médecins un examen à subir en langue espagnole.

La République Argentine est plus fermée aux étrangers qui doivent y faire à nouveau leurs études pour obtenir le droit de pratiquer la médecine.

De plus, la vie est d'un prix exorbitant dans ce pays très sain.

La République Dominicaine, si elle n'ouvre pas ses caisses aux porteurs de ses emprunts ouvre, en revanche, ses frontières aux médecins.

Afin de compléter notre revue mondiale, il nous reste à examiner les pays d'*Australie*.

Dans la *Nouvelle Galles du Sud*, pas d'examen préalable à subir pour pouvoir exercer la médecine, et les médecins européens y sont bien vus.

La Tasmanie admet à la pratique le médecin étranger qui serait admis à le faire en Angleterre.

La Nouvelle-Zélande se contente d'examiner et d'enregistrer le diplôme d'un médecin étranger.

De même dans *l'Australie du Sud*, dans le *Queensland* et la terre de *Victoria*.

L'Australie de l'Ouest est fermée aux médecins non anglais.

Dans cette nomenclature de pays nous avons dû négliger certains grands pays asiatiques :

Le Japon, qui n'a rien à apprendre de l'Europe, et où le corps médical national suffit largement aux besoins du pays.

La Chine, où l'agitation xénophobe ne permet l'installation de médecins que dans les ports côtiers et sur laquelle nous ne possédons pas de documents relatifs aux régions intérieures.

—Il est facile de se rendre compte que les seuls pays où un médecin étranger puisse exercer la médecine ont su se protéger efficacement.

Nous n'avons qu'à suivre leur exemple, et c'est ce que nous demandons. A moins d'une entente sérieuse, explicite, exigeons de tout candidat étranger les mêmes épreuves que l'on nous impose dans son propre pays.

C'est la réponse que les gouverneurs en assemblée, il y a deux

ans, environ ont faite à une proposition semblable venant de l'Angleterre.

Nos confrères anglais ont été "scandalisés," sur le coup, de "l'audace" ou de "l'impertinence" de nos gouverneurs. Mais il a fallu s'y soumettre. Le résultat ne s'est pas fait attendre. L'Angleterre est entrée en pourparlers avec les bureaux provinciaux; et nous espérons qu'avant peu, les médecins canadiens bénéficieront de certains avantages dont il n'était pas question jusque-là.

Je suis, pour ma part, fermement partisan d'une protection efficace dans le sens que nous venons d'indiquer; et nous demandons à nos gouverneurs de bien vouloir s'inspirer des principes qui gouvernent les autres pays, sur cette question, jusqu'à ce que des avantages réciproques nous soient accordés en échange de ceux qu'on sollicite et qu'on obtient quelquefois au détriment des uns et des autres.

J. A. LESAGE.

PAUVRETE DU SANG.

Quand l'on rencontre cette condition de l'économie, désignée par les termes de l'en-tête de cet article, n'est-il pas vrai qu'instinctivement, le fer nous vient de préférence à l'idée; mais avec les données scientifiques maintenant acceptées, n'est-ce pas à envisager la question que sur une de ces faces?

Que le fer fasse défaut dans la plupart des formes d'anémie est indiscutable, et tenter de suppléer à ce déficit par l'administration de ferrugineux semble suggéré par le bon sens même. Cette manière de faire serait en effet suffisante si l'anémie n'était, de fait, qu'une absence de fer dans le sang; mais le médecin d'aujourd'hui sait que la vraie cause déterminante de cet état est une perturbation dans les fonctions de nutrition et de métabolisme et que la pauvreté en fer n'est qu'une des manifestations de ce désordre. Ce fait a été souvent démontré au médecin qui a pu voir l'anémie persister chez des sujets après un traitement par le fer longtemps continué.

Il faut donc ici que le fer soit aidé par des substances capables d'activer la nutrition et le métabolisme ralentis.

Pour donner une vigueur nouvelle, raviver les forces nerveuses et stimuler toutes les fonctions de l'économie dont le sang forme une portion importante — l'association du manganèse au fer est avantageuse. Le fer et le manganèse furent signalés à l'attention des médecins pour la première fois par le Dr. Gude, dans le Pepto-Mangan — et cette préparation est une des principales ressources thérapeutiques du praticien contemporain. Associé à d'autres remèdes, selon les circonstances, le "Pepto-Mangan Gude" constitue un *arsenal* thérapeutique particulièrement fort et riche.

LES ACCIDENTS DE TRAVAIL. L'OUVRIER ET LES GRANDES COMPAGNIES.

Montréal est devenu un centre manufacturier important; les usines de toutes sortes surgissent aux quatre coins de la ville et du sommet de notre Mont-Royal il nous est plus possible de compter les longues cheminées qui vomissent leur fumée noire presque jour et nuit.

La majorité de ces grandes manufactures sont sous le contrôle de compagnies puissantes qui donnent de l'emploi à des milliers d'ouvriers.

Avec l'accroissement des usines est survenue, fatalement, la multiplication des accidents.

Une seule visite dans nos hôpitaux fera voir nombre d'ouvriers souffrant des suites de fractures, de brûlures, etc. — Et combien d'autres qui sont tués sur le coup, laissant veuves et orphelins aux soins de la charité publique.

L'ouvrier est-il suffisamment protégé contre les accidents?

A voir le nombre de malheurs rapportés par les journaux quotidiens je serais tenté de répondre: non! Mais ceci sort de mes attributions; je laisse la parole aux inspecteurs des manufactures nommés par le Gouvernement Provincial.

L'ouvrier blessé est-il convenablement traité et dédommagé par ses patrons?

A cette question je réponds: non! tous les médecins ont eu sous leurs soins des ouvriers blessés à leur travail, parce que tous ne vont pas à l'Hôpital, et, ils affirmeront avec moi, j'en suis sûr, que leurs clients n'ont pas été dédommagés par leurs patrons comme ils le méritaient.

Il est évident que je ne parle pas ici des accidents survenus par la faute des blessés eux-mêmes.

Pourtant les ouvriers blessés s'adressent presque toujours aux cours de justice.

Quelle est donc la cause de leur insuccès dans leur lutte avec leurs patrons?

J'ai assisté à quelques procès d'ouvriers poursuivant, pour dommage, tantôt une compagnie tantôt une autre qu'ils accusaient d'être la cause de leurs blessures, et j'ai remarqué combien était

inégale la lutte qui se déroulait devant le Tribunal. D'un côté j'ai vu des compagnies puissantes qui voulaient gagner leur procès à tout prix, *pour mieux décourager les blessés futurs*. Les meilleurs avocats dirigeaient leur cause et les experts: médecins ou chirurgiens, étaient des mieux cotés dans la profession. Ces avocats et ces experts, habitués à ce genre de cause n'avaient rien négligé: argent etc pour atteindre leur but.

De l'autre côté j'ai vu des ouvriers, plutôt intimidés, flanqués de leurs avocats inexpérimentés et de leurs médecins hésitants.

Nous savons tous que des avocats, et des moins réputés, évidemment, font une spécialité de courir après les blessés pour tâcher d'avoir une cause. Un ami, avocat distingué, m'a même déclaré qu'il existe des sollicitours de causes, qui ont pour spécialité d'aller voir les ouvriers ou autres blessés, dans le but d'offrir les services d'avocats qui s'engagent à partager leurs honoraires avec eux.

Il est donc évident, que l'ouvrier blessé, qui en est à ses premiers démêlés devant les tribunaux, par conséquent sans expérience et nullement renseigné sur la valeur des avocats, il est évident, dis-je, que trop souvent son défenseur est au-dessous de la tâche à accomplir, et incapable de lutter avec l'avocat de la compagnie défenderesse.

Et le médecin qui a donné ses soins au blessé n'est pas toujours un habitué des cours de justice. Aussi il faut voir comme l'avocat adverse réussit parfois à l'intimider et à le faire contredire dans son témoignage alors que l'avocat de son patient est incapable de le protéger.

J'ai constaté aussi avec quelle facilité les témoins de l'accident oublient les détails importants qui pourraient incriminer la compagnie défenderesse.

Il y va de son emploi si un ouvrier, témoin de l'accident, aide par un témoignage son compagnon malheureux.

J'ai examiné, dernièrement un pauvre ouvrier blessé par une grue mécanique alors qu'il travaillait dans une usine de Montréal. Plusieurs côtes furent brisées et les poumons furent lésés. Plusieurs semaines après l'accident cet homme reste encore impotent et je crains même que, par suite des douleurs et de l'insomnie consécutives au traumatisme il ne meurt de tuberculose.

Son avocat m'a avoué qu'il lui était difficile de faire une bonne cause parce que les compagnons de travail de son client ne pouvaient plus se rappeler les circonstances de l'accident. Et pour une vie d'homme presque ruiné cette compagnie offre deux cents dollars de dédommagement !

Cet état de chose est regrettable et si j'en parle ici, c'est que la profession médicale y est intéressée. Si l'ouvrier blessé est convenablement traité par ses patrons, le médecin ne se verra pas dans l'obligation de lui donner ses soins presque gratuitement.

Est-il possible de rendre l'ouvrier plus fort devant les tribunaux ? Je le crois.

Par une bonne organisation ouvrière la lutte deviendrait égale et les chances de succès seraient autant pour l'ouvrier que pour le patron.

Pourquoi les Associations ouvrières ne formeraient-elles pas un " Bureau de Défense " composé de représentants de toutes les unions ouvrières, et qui se chargerait de diriger la cause de l'un de ses membres dès qu'il ferait appel aux tribunaux ?

C'est, sûrement, le seul moyen de transformer l'ouvrier pauvre en plaideur fortuné qui portera, s'il le faut, sa cause jusqu'au Conseil Privé, en Angleterre.

Je m'explique :

Actuellement tous les corps de métier ont leur *Union* avec bureau bien organisé. Une souscription annuelle de chaque membre permet de leur donner une vitalité considérable. Elles font ainsi bonne figure à côté des organisations similaires des patrons.

Les unions s'entendent avec les patrons sur la question du salaire et des heures de travail.

Les Trusts ne viendront jamais à bout des Unions dont les membres se chiffrent par millions, et ces gargantuas modernes craignent plus les ouvriers syndiqués que les gouvernements, qu'ils achètent !

Cette sollicitude des Unions ouvrières pour chacun de ses membres devrait s'ingénier non seulement à dresser l'échelle des salaires et le nombre d'heures de travail, mais elles devraient s'emparer de l'ouvrier blessé, parfois rendu infirme pour la vie, au cours de son travail et, après une enquête sévère, faire de sa cause leur propre cause.

Les compagnies se trouveraient en présence non plus d'un ouvrier seul et pauvre, mais auraient à compter avec les forces de réserve des unions ouvrières syndiquées. Le savant avocat des millionnaires aurait comme adversaire un avocat aussi distingué et largement payé par les unions; enfin les médecins ou chirurgiens experts dans l'un comme dans l'autre cas seraient de forces égales.

C'est encore l'argent qui reste le levier le plus puissant, et le pauvre ouvrier, eût-il la plus belle cause possible, n'obtient que très peu sans lui, lorsqu'il ne perd pas le tout.

Il est arrivé souvent que les compagnies ont inscrit leurs causes au Conseil Privé, sachant que l'ouvrier victorieux devant la plus haute cour du Canada ne pourrait aller jusqu'en Angleterre par suite des frais considérables que cet effort suprême nécessite.

Ce que l'ouvrier seul ne peut faire, les unions l'entreprendront sans crainte.

Si la jeune fille rendue infirme à l'incendie de la manufacture de tabac MacDonald, il y a plusieurs années, n'avait pas trouvé, chez son défenseur, un avocat aussi généreux que distingué, elle n'aurait pas été capable d'aller plaider sa cause en Angleterre et gagner haut la main.

Ce que cet avocat de cœur a fait, l'union des ouvriers en tabac aurait dû le faire.

Comment serait donc constitué le Bureau de défense ouvrière?

Je crois qu'il devrait être composé de délégués des diverses unions ouvrières de la ville avec président et secrétaire.

Ce bureau choisirait un ou plusieurs avocats de renom chargés d'étudier le dossier de chaque ouvrier blessé et de le défendre au besoin. Un médecin et un chirurgien seraient nommés pour examiner les blessures de l'ouvrier et faire un rapport qui leur servirait pour le défendre en cour.

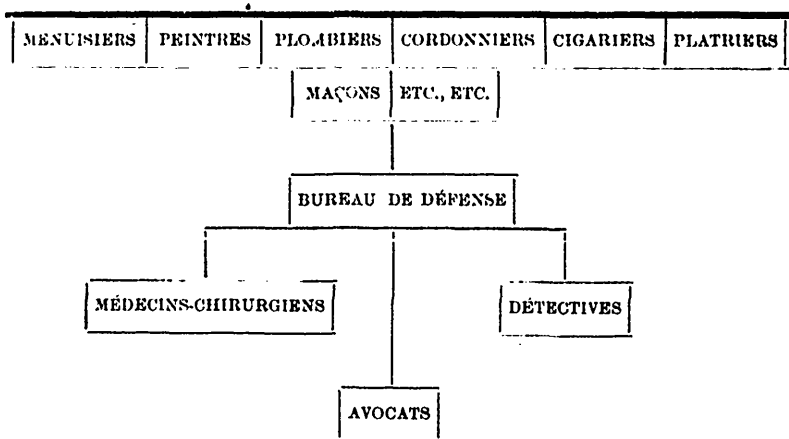
J'ajoute qu'il faut absolument un ou deux détectives très habiles, chargés de faire une enquête sévère sur les circonstances de l'accident et cela le plus tôt possible.

Ces détectives trouveraient facilement les témoins, les questionneraient adroitement et bien fin serait l'ouvrier qui essaierait d'oublier devant le tribunal les choses qu'il aurait dites avant que ses patrons l'aient menacé d'expulsion, s'il osait témoigner en faveur de son compagnon.

En somme, l'ouvrier blessé n'aurait qu'à donner avis au Bureau de défense de l'accident qui lui serait survenu.

Immédiatement les médecins et chirurgiens l'examineraient avec soin et les détectives enquêteraient à l'usine. Les avocats trouveraient, à l'examen des rapports des médecins et des détectives, matières ou non à réclamation devant les tribunaux et la cause serait déjà en bonne voie.

Pour mieux faire saisir ma pensée, je résume en un tableau la composition de ce Bureau de défense.



J. E. DUBÉ.

Mr le Dr DIMANT-BERGER de la faculté de Paris (*Bulletin Médical* 14 décembre 1901) :

Nous avons expérimenté le Citrophène dans une affection qui fait souvent le désespoir des malades et des médecins : la Migraine. Les succès obtenus dans les emplois très fréquents que nous en avons fait nous donnent la conviction que le Citrophène est en quelque sorte le spécifique non seulement de la migraine mais aussi des névralgies diverses. Le Citrophène abaisse facilement la température non seulement chez les nerveux mais aussi dans les états fébriles aigus et chroniques. Cette action antithermique a été vérifiée par nous dans deux cas de rhumatisme poliarticulaire aigu et chez plusieurs pitisiques chroniques à poussées aigues.

REVUE GENERALE

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS: MM. Metchnikoff et Roux ont fait récemment des expériences intéressantes, au point de vue de la préservation de la syphilis.

Ils ont inoculé deux chimpanzés aux arcades sourcilières avec du virus prélevé sur les chancre indurés de deux hommes atteints de syphilis. Trois quarts d'heure après, chez l'un des chimpanzés les parties inoculées ont été frictionnées pendant dix minutes avec l'onguent mercuriel double. Le témoin au bout de vingt-huit jours a présenté deux chancres typiques. L'animal traité est resté indemne. Même expérience sur un macaque, même résultat.

L'onguent mercuriel double étant très irritant et pouvant aller jusqu'à causer des escarres, les expérimentateurs ont eu recours à la pommade suivante: calomel, 10 parties; lanoline, 20 parties.

Des frictions faites pendant cinq minutes avec cette pommade une heure trois quarts après l'inoculation ont préservé un chimpanzé inoculé. Même résultat sur trois macaques et un cynocéphale. Notons que les lavages avec le sublimé au millième sont restés sans effet.

Ces expériences nous permettraient de croire que la friction précoce du chancre initial, chez l'homme, aboutirait aux mêmes résultats. L'essai en tout cas ne pourrait que bénéficier au malade.

* * *

L'ANIS COMME GALACTOGENE: Un médecin italien vient de publier un article tendant à mettre en honneur les vertus de l'anis comme excitateur de la sécrétion du lait. Mis en éveil par un médecin vétérinaire qui avait vu la sécrétion lactée augmenter rapidement à la suite d'une dose quotidienne d'anis, l'auteur voulut en tenter l'essai chez deux jeunes mères de la classe pauvre, désolées de n'avoir pas assez de lait pour nourrir leurs enfants. Il leur fit préparer de l'infusion d'anis à 25 p. 1000 dont elles devaient absorber douze cuillerées dans les vingt-quatre heures; en même temps il leur recommanda de faire quatre ou cinq fois par jour des enveloppements humides des seins avec la même infusion. Au bout de cinq à six jours la sécrétion était

déjà augmentée, on supprimait le lait de chèvre et il suffirait de deux tétées supplémentaires, une le matin, une le soir, au sein d'une autre femme. Au dixième jour chez une de ces deux femmes, au onzième chez l'autre, la quantité de lait était devenue largement suffisante pour alimenter les enfants qui depuis n'ont pas eu d'autre nourriture. Chaque femme avait absorbé environ 10 grammes d'anis par jour, indépendamment des enveloppements humides. Le docteur Burzagli fit par prudence continuer encore la médication pendant cinq ou six jours, puis on l'abandonna.

Notre confrère reconnaît lui-même que deux cas sont insuffisants pour établir une certitude. On peut, en effet, objecter que la sécrétion lactée, peu abondante au début chez ces deux femmes, pouvait être maintenue très basse, et même être diminuée encore, par le grand chagrin qu'elles ressentaient de ne pouvoir nourrir leurs enfants. "Les émotions dépressives de longue durée, les chagrins prolongés, provoquent une diminution et une altération permanente de la sécrétion lactée," dit M. Marfan dans son *Traité de l'allaitement*. En rendant la confiance à ces deux mères, en les soustrayant à une obsession pénible, notre confrère a peut-être fait tout simplement de la psychothérapie.

D'autre part, on sait que la succion répétée et prolongée est l'excitant normal et physiologique de la sécrétion mammaire; les accoucheurs insistent pour qu'une femme ne se laisse pas rebuter dès le début par une apparence d'hypogalactie. "Or, dit encore M. Marfan, lorsqu'une femme prend une substance réputée galactogène, elle met d'ordinaire son enfant au sein avec une confiante persévérance et la sécrétion ne tarde pas à s'établir ou à augmenter." C'est peut-être là ce qui s'est passé dans les deux cas rapportés par le médecin florentin; néanmoins le procédé est trop simple, trop peu coûteux et trop inoffensif pour qu'on ne le tente pas lorsqu'on se trouve en présence d'une sécrétion lactée insuffisante; les faits en démontreront la réelle efficacité ou l'impuissance (1).

* * *

L'IMMUNISATION DES BOVIDÉS PAR LE SÉRUM DE BEHRING.—
Les expériences de contrôle, qui se poursuivaient depuis un an à Melun sous la direction de M. le professeur Vallée, viennent de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 12 décembre 1935.

prendre fin. Une vingtaine de génisses ont été inoculées en décembre 1904 et mars 1905 avec du vaccin de Behring.

Au commencement de juin 1905 ces animaux ont été éprouvés par une injection de tuberculine à haute dose. Un seul a réagi.

Les autres ont ensuite été exposés à la contamination soit par cohabitation, soit par injections de cultures virulentes de tuberculose bovine.

Samedi dernier ces animaux ont été abattus et leurs organes soigneusement examinés par M. Vallée qui a prélevé, de plus, des fragments de ganglions suspects pour les inoculer à des cobayes.

De l'examen des pièces anatomiques il semble que la vaccination de Behring n'a pas rendu les animaux éprouvés réfractaires à la tuberculose d'une manière absolue.

Il a pu se faire chez l'un d'eux des lésions tuberculeuses graves localisées aux ganglions, chez un autre de petites lésions ganglionnaires très faibles, chez deux autres enfin des lésions douteuses; enfin chez tous les animaux inoculés sous la peau, il y a eu une petite réaction inflammatoire locale.

“ Il n'en reste pas moins évident, dit le docteur Küss dans le *Bulletin médical*, de Paris, que la résistance conférée aux animaux vaccinés a été *considérable*, qu'il y avait un contraste frappant entre l'insignifiance ou la nullité des lésions des vaccinés et l'intensité formidable des lésions des témoins. Et si l'on veut bien se rappeler que l'inoculation d'épreuve a été d'une virulence et d'une gravité exceptionnelles, que les contaminations naturelles ne sont jamais aussi redoutables, on sera conduit nécessairement à dire, avec M. Vallée, que *le problème de la vaccination des bovidés est actuellement résolu, non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique*. Un grand éleveur de la Crèuse, M. Balzan, n'a pas craint de devancer les résultats de l'expérience de Melun: il a fait vacciner dix veaux qu'il a laissés, dès la première vaccination, en plein milieu infecté; ces veaux non seulement sont demeurés bien portants, mais n'ont même pas réagi à la tuberculine quelque temps après, alors que tous les autres animaux de l'étable devenaient manifestement tuberculeux. Ce fait intéressant, rapporté par M. Vallée, méritait d'être signalé. Il corrobore les renseignements si nets de la magnifique expérience de Melun (1).”

(1) *Gazette des Hôpitaux*.

* * *

MIGRAINE ET SON TRAITEMENT. — Un médecin français conseille le *connabis indica* dans le traitement de la migraine à quelque cause qu'elle soit due. Il rappelle l'expérience du Dr MacKenzie, de Londres, qui s'exprime ainsi :

« Le chanvre indien, dit-il, est surtout efficace comme analgésique, lorsqu'il s'agit de combattre l'élément douleur associé à des phénomènes spasmodiques. Il exerce une action favorable dans toutes les formes de céphalalgie, qu'elles soient de nature purement fonctionnelle ou dues à une affection organique... même les douleurs occasionnées par des tumeurs du cerveau, ou l'urémie chronique... Il peut couper la migraine, soit au début, soit lorsqu'elle persiste depuis un certain temps; son usage prolongé est capable de diminuer la fréquence et l'intensité des accès migraineux.

« Il existe une forme particulière de céphalalgie dans laquelle le chanvre indien agit comme un véritable spécifique. Cette céphalalgie se distingue par son type *continu* ou *subcontinu*. Elle débute au réveil et dure toute la journée; elle peut disparaître vers le soir, mais s'il arrive au malade de se lever pendant la nuit, il la ressent de nouveau. Il s'agit généralement d'une douleur diffuse, s'étendant à toute la tête, douleur sourde, pouvant s'exacerber par moments et persister pendant des semaines, des mois et même des années. Sans être assez violente pour empêcher les occupations qui n'exigent pas d'efforts intellectuels considérables, elle constitue cependant une source constante de malaise et incommode sérieusement le malade. Cette forme de céphalalgie s'observe dans les deux sexes, le plus souvent chez les individus jeunes ou d'âge moyen. Son étiologie est obscure. Beaucoup de ceux qui en sont atteints ne présentent aucune trace d'anémie et, lorsque cet état morbide existe, le traitement dirigé contre lui n'exerce aucune influence sur la céphalalgie. Je n'ai constaté non plus aucune relation entre cette forme de mal de tête et la présence dans le sang d'acide urique en excès.

« Cette forme de céphalalgie est presque toujours curable par le chanvre indien, seul ou associé à d'autres médicaments destinés

à combattre certains troubles concomitants. J'emploie d'ordinaire le *cannabis indica* sous forme d'extrait, que j'administre d'abord à la dose de 0 gr. 015 milligr. à 0 gr. 03 centigr. matin et soir, en pilules. S'il y a amélioration, je continue l'usage du médicament aux mêmes doses. Mais lorsque, au contraire, il n'y a pas d'amélioration marquée au bout de huit à quinze jours, j'augmente la dose et je donne 0 gr. 06 centigr. d'extrait le soir, et 0 gr. 03 centigr. le matin. Si ces doses sont encore insuffisantes, je fais prendre 0 gr. 06 centigr. d'extrait matin et soir. Dans les cas particulièrement rebelles, j'élève progressivement les doses (en donnant toujours la dose la plus forte le soir), jusqu'à ce que j'obtienne, soit un soulagement marqué, soit l'apparition de symptômes d'intoxication."

L'auteur ne signale que quelques cas d'intolérance légère.

* . * *

PRURIT ET SAVON. — M. Leredde, de Paris dans un travail récent a indiqué les précautions sommaires qu'il faut prendre chez les prurigineux. Il attire l'attention surtout sur les inconvénients des savons dans les eczéma chroniques et surtout chez les prurigineux. " Il me semble, dit-il, qu'il existe un véritable "*prurit de savon*" qui n'a pas été décrit et qui me semble avoir une grande importance pratique. Il rapporte l'histoire d'un homme souffrant d'un prurit intense occupant surtout les bras et les cuisses.

Les traitements variés qui avaient été faits par des dermatologistes n'avaient pas atténué le prurit.

A l'examen, il fut frappé de l'aspect plissé de l'épiderme, en particulier sur les membres. En interrogeant le malade, il apprit qu'il avait l'habitude de se nettoyer chaque jour le corps entier au savon et à l'eau tiède.

On fit cesser les savonnages, et on prescrivit des applications quotidiennes d'axonge fraîche. Huit jours après, le malade n'avait plus de prurit, la guérison s'est maintenue depuis lors.

L'auteur possède d'autres observations qui confirment la précédente et qui lui permettent de poser comme règle générale la *suppression du savon chez les prurigineux*, sauf dans les cas où on recherche un effet thérapeutique déterminé.

Pour nettoyer la peau dans ces cas, il conseille l'eau salée à 7 p. 1000.

* * *

RÉTENTION D'URINE — TRAITEMENT D'URGENCE. — Il y a quelque temps, il y a eu discussion à la société médicale de Montréal, sur ce sujet, je crois intéressant de rapporter ici un résumé d'un article de M. Cathelin (1).

Rejetant les rétentions incomplètes et chroniques, ou les rétentions sans lésion de l'appareil urinaire, qui ne présentent, en général, aucun caractère d'urgence, l'auteur n'envisage que le traitement de la *rétention aiguë*.

Ce syndrome a une importance capitale au point de vue de la pratique courante et tout médecin doit connaître la conduite à tenir en présence d'un malade qui ne peut pas pisser.

Il est à peine besoin d'énumérer les *symptômes* qui attireront son attention; les anamnèses, le gros ventre, la matité de la tumeur médiane sus-pubienne, la miction goutte à goutte et, surtout, les douleurs extrêmes que trahissent l'agitation et les sueurs froides du malade, ne permettent pas de douter.

Les causes de la rétention complète aiguë sont multiples: en pratique, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de rétrécis, de prostatiques ou de blennorragiques en période aiguë.

I. — Chez les *rétrécis*, l'indication est de placer dans l'urètre une fine bougie filiforme droite, tortillée ou en baïonnette, suivant la forme du rétrécissement et autour de laquelle le malade urinerà. Le passage de cette petite tige est souvent difficile et la première des conditions est de s'armer de patience en tirant fortement sur la verge et en imprimant à la filiforme de petits mouvements de vrille alternativement dans un sens et dans l'autre, jusqu'à ce qu'on sente son extrémité plus ou moins libre s'engager dans le bon chemin. Il peut être utile d'user successivement des différentes variétés de bougies, et même simultanément trois ou quatre filiformes étant engagées dans l'urètre jusqu'au rétrécissement, la dernière finira par trouver le petit orifice, le plus souvent excentrique (cathétérisme en faisceaux). Cette fine tige sera laissée en demeure pendant vingt-quatre heures à quarante-huit heures, après quoi, jouant plus ou moins librement dans le canal, on la retirera pour essayer les dilatations graduelles. Il peut être indiqué, dans les cas graves d'infection, de faire d'emblée une

(1) Tablettes Médicales 16 décembre 1905.

urétrotomie interne permettant le passage immédiat d'un n° 16 à 18 assurant une évacuation totale de la vessie et une désinfection plus complète.

II. — Chez les *prostatiques*, il faut absolument proscrire l'usage de la sonde droite à bout olivaire qui, bonne pour les rétrécis, constitue ici la *sonde dangereuse*; c'est avec elle qu'on fait les fausses routes urétrales ou prostatiques. Le médecin recourra aux *sondes béquilles* en cire, à coudure forte de préférence, et à gros numéro (n° 20), la béquille regardant du côté pubien pour suivre la paroi supérieure, vraie paroi chirurgicale lisse et sans accidents, de l'urètre; de petits mouvements de vrille faciliteront la traversée prostatique et, dans le cas d'insuccès, le changement de côté peut favoriser le passage. Enfin, dans les cas graves, il faut recourir à l'emploi des *mandrins* de Guyon, à grande courbure et coudés, qui obligent le bec de la béquille à suivre plus exactement la paroi supérieure. Un doigt périnéal ou un doigt rectal faciliteront la progression du mandrin en le dirigeant et en le maintenant sur la ligne médiane dans la traversée sous-pubienne de l'égagement. Il est arrivé une fois à l'auteur, en province, et en désespoir de cause, de passer "béquille en bas," après une heure d'essais infructueux. Bien entendu, une fois la sonde introduite, on la laissera à demeure en la fixant aux poils du pubis et on aura soin de ne pas vider immédiatement toute la vessie. On fera d'abord écouler 200 gram. qu'on remplacera, au cas d'infection, par 100 gram. d'eau nitractée au millième, puis 200 autres gram. remplacés de même par le nitrate d'argent, et ainsi de suite, en laissant une sonde fermée par un fausset qu'on ouvrira toutes les heures.

III. — Chez les *blennorragiques en période aiguë*, il faut plus demander aux moyens adjuvants, médicaux, qu'à la sonde: les tisanes diurétiques, les petits lavements chauds, les cataplasmes sur l'hypogastre et, surtout, les grands bains ou l'opium ont le plus souvent raison. Ces mêmes moyens, bien que secondaires dans la rétention du prostatique, ne doivent pas, cependant, être délaissés.

IV. — Dans les *traumatismes périnéobulbaires* (chute à califourchon), caractérisés par la triade symptomatique de l'urétrorragie, de la tumeur périnéale et de la rétention réflexe, le cathété-

risme évacuateur ne doit être tenté que dans les cas faciles et où la sonde passe presque immédiatement, mais il est contre-indiqué dans les cas graves où il faut recourir à l'incision du périnée avec urétrorrhaphie immédiate ou urérostomie périnéale suivant l'importance du traumatisme.

V. — Dans les *rétections mécaniques*, l'obstacle au cours de l'urine peut être produit par des *caillots*, ce qui nécessitera l'*aspiration* avec la seringue vésicale de Guyon; par des *calculs urétraux*, en particulier à siège rétroméatique, qui pourront être refoulés dans la vessie par la mise en place d'une filiforme à demeure; par de petits graviers qui, en général, pourront être expulsés pendant une miction *dans le décubitus horizontal*.

VI. — Signalons enfin, parmi les causes plus rares, les rétections survenant au cours des *abcès de la prostate* et des cystites: à la suite d'injections caustiques et irritantes, d'excès alimentaires ou d'abus du coït et, enfin, chez les névropathes urinaires (faux urinaires) ou dans certaines affections médullaires. Les moyens adjuvants médicaux, en particulier les émoullients, sont ici supérieurs au cathétérisme.

Ponction hypogastrique. — Dans les cas où, malgré des tentatives prudentes et prolongées, la sonde n'a pu pénétrer dans la vessie, il faut recourir sans hésiter à la ponction sus-pubienne *capillaire* (aiguille n° 2 de l'aspirateur Potain) en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques requises, en rasant le pubis, en vidant lentement pour éviter les hémorragies, en suivant le retrait et en bouchant du doigt le pavillon pendant l'enlèvement rapide de l'aiguille.

La vessie, une fois revenue sur elle-même, la congestion prostatique ou urétrale diminuera et, presque toujours il sera possible, en variant les manœuvres suivant le cas, de passer assez facilement quelques heures après ou le lendemain.

En réalité, les indications de cette ponction sont assez rares quand on connaît toutes les règles du cathétérisme normal et pathologique. L'auteur, qui est chef de clinique à l'hôpital Necker, montre que, dans le service du Prof. Guyon, sur un nombre considérable de malades, on ne fait souvent qu'une seule ponction dans l'année.

Comme conclusion de son article, l'auteur termine ainsi :

“ En tant qu'indication d'urgence et dans la rétention, le cathétérisme, fait dans des conditions de propreté absolument régulières, ne peut provoquer d'accidents ultérieurs et répond à son but qui est de soulager le malade, mais il ne s'agit là que d'une thérapeutique de symptômes, absolument passagère et qui doit céder le pas au *traitement de la cause de la rétention*, qui, dans l'immense majorité des cas, est d'ordre purement chirurgical.”

J. A. LESAGE.

* * *

TRAITEMENT DE CERTAINES PHASES DE L'URÉMIE (1)

Le traitement de l'urémie ne peut pas être systématique. La prophylaxie ou le traitement causal n'ont qu'une application restreinte : supprimer les aliments irritants, tous les excès, le surménagement, les infections, etc. Les reins se trouvent soulagés par le repos en décubitus horizontal. Si le cœur est faible le repos sera absolu, de même si l'urine est rare et l'œdème considérable. Le repos au lit diminue les déchets d'élimination par les reins, et rend plus actives les fonctions de la peau en dilatant les vaisseaux périphériques. La néphrite est aussi heureusement influencée par le repos psychique. L'exercice physique n'est utile que comme remplaçant du travail physique qui manque.

Le régime doit être suffisant à maintenir la nutrition sans être irritant, ni charger la circulation. La gravité d'une néphrite n'est pas en raison directe de la quantité d'albumine et l'amélioration de la néphrite ne peut pas être estimée par l'influence du régime sur l'albuminurie seule. L'alimentation ne doit être restreinte qu'en raison de l'action irritante qu'elle peut déterminer sur les reins. Il faut maintenir la nutrition surtout dans la néphrite parenchymateuse. Les graisses, le beurre, l'huile d'olive, l'huile de foie de morue, la crème, etc ont une valeur alimentaire importante.

Le régime lacté a ses restrictions : il contient trop d'eau et surcharge la circulation. La viande n'est plus absolument proscrite comme autrefois : Von Noorden en permet 100 grammes par jour. Dans les menaces d'urémie on doit s'en abstenir.

(1) M. Edwards, dans revue médicale de ther.

La qualité (rouge ou blanche) de la viande n'a aucune influence sur la quantité des urines. On ne doit pas permettre plus de deux œufs par jour. Les substances difficilement excrétées par les reins sont l'urée (viande), la créatine (bouillon de viande), pigments urinaires (hémoglobine), acide hippurique (certains fruits), phosphates (dans le lait), sulfates minéraux (viande).

L'acide urique et les corps alloxuriques (glandes, thymus, ris de veau, foie, rein, café) sont, contrairement à l'opinion courante, rapidement éliminés.

Dans la néphrite parenchymateuse avec œdème, c'est le régime déchloruré qui convient et les chlorures doivent être évités. Il faut défendre absolument le fromage, les radis, les oignons, la rhubarbe, les asperges, les épices, les sauces, les extraits de viande, le thé de bœuf et les alcools. Le thé et le café peuvent être pris avec modération. Quand le cœur se distend facilement l'ingestif de l'eau doit être très-modérée.

Quant au traitement médicamenteux: il faut éviter les diurétiques, sauf lorsque l'œdème augmente et que l'attaque d'urémie est menaçante.

Les purgatifs sont indiqués, ils favorisent l'élimination des liquide et débarrassent l'intestin; il faut n'employer les drastiques qu'avec prudence.

Les diaphorétiques, en concentrant le sang peuvent favoriser l'urémie, car il n'y a que l'eau des liquides de l'économie qui est éliminée par les diaphorétiques et non les substances solides qu'elle tient en dissolution.

L'on rejettera donc la pilocarpine et l'on aura recours qu'aux bains chauds, à l'air chaud et aux grogs. Le liquide de l'œdème contient 1 à 2 p. 1000 d'urée; les incisions qui font couler ce liquide sont très utiles pour combattre l'urème.

Quand la tension sanguine est élevée avec urée menaçante l'on peut avoir recours aux vaso-dilatateurs, vératrum ou nitroglycérine, ou encore à la saignée suivie d'une injection saline rectale qui opère un lavage du sang.

Les vomissements et la diarrhée doivent quelquefois être respectés; on peut, dans quelques cas recourir aux lavages de l'estomac. Contre les convulsions l'on donnera la morphine et le chloral.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DES INJECTIONS INTRATRACHÉALES, PAR COLLEVILLE (1). — Les solutions aqueuses sont plus vite absorbées que les solutions huileuses; ce n'est qu'au bout de quinze jours que les poumons sont débarrassés de l'huile d'une injection comme l'ont constaté Dor et Mendel.

En suivant la technique modifiée, de Mendel, l'on peut injecter des liquides dans la trachée sans le secours du laryngoscope ou d'un guide. "La langue maintenue au dehors, la canule de la seringue rase la voûte palatine; la courbure appuyant sur le pilier antérieur gauche, on ramène la canule vers la ligne médiane en laissant descendre dans le larynx l'extrémité de la sonde, et en pesant légèrement on sent l'extrémité franchir la glotte.

La voie endolaryngée pour l'administration est plus rapide et plus active que la voie digestive.

Le médicament employé produit les mêmes résultats locaux et généraux qu'employé par les autres modes d'administration. La solution aqueuse est préférable quand elle est possible.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE AIGUE, PAR ZENZEZ. — Ce traitement ne s'applique qu'au premier stade alors que le gonocoque n'a encore envahi que l'épithélium du canal urétral.

A ce moment des lavages de l'urètre antérieur avec des solutions chaudes d'albargine à 1: 1000, plus tard à 1: 1500, une fois par jour, permettent d'enrayer la maladie. L'on se sert d'une seringue de 100 grammes de capacité, avec embout olivaire en caoutchouc. On remplit le canal de façon à le distendre avec la solution, puis on la laisse s'écouler au bout de quelques instants, et l'on recommence jusqu'à 500 grammes, c'est-à-dire cinq fois de suite. Au bout de quatre jours les gonocoques ont disparu, si la médication doit être suivie de succès; à ce moment, on fait un lavage avec une solution de nitrate d'argent à 1: 1000. Si la sécrétion tarit, le malade peut être déclaré guéri. S'il se produit un écoulement séro-muqueux, sans gonocoques, on fait des lavages au permanganate ou encore des injections de résorcine à 1: 150

(1) *Union Médical et Scient. du Nord-Est*, sept. 05.

jusqu'à disparition de l'écoulement. Si l'écoulement contient des gonocoques, on continue les lavages au nitrate d'argent pendant dix à quinze jours et on termine par le permanganate.

Sur 122 malades, 61 furent guéris en cinq à six jours, ce qui fait une proportion exacte de 50 p. 100.

NÉPHRITE PARENCHYMEUSE CHRONIQUE, TRAITEMENT (1).

-- Expérience de différents traitements connus sur un cas longuement rapporté.

Le régime lacté avec du carbonate de calcium n'a donné aucun résultat.

Le régime: pain, amylacés et lait avec de l'eau léthinée et de l'eau distillée en grandes quantités diminua les urines en augmentant l'œdème. En restreignant l'eau ingérée l'œdème diminuait et les urines augmentaient.

Les diurétiques employés furent la digitale, le citrate de potasse, le buchu, la diurétine, les alcalins et la scille. Le sirop de scille eut un effet diurétique temporaire très net et l'œdème diminuait. Au bout de deux semaines le médicament perdit son efficacité.

Le sulfate de magnésie a eu des effets purgatifs favorables. Des pilules de calomel, digitale et scille eurent une action défavorable. Les seuls médicaments qui produisirent un soulagement furent la scille et les purgatifs.

La ponction du scrotum et les mouchetures sur les jambes réussirent à diminuer considérablement l'œdème et augmentèrent la diurèse.

L'opération d'Edebohls (décortication) a beaucoup augmenté la quantité d'urines pendant quelques jours, sans diminuer l'œdème. Le jour et le lendemain de l'opération, on administra une injection sous-cutanée de solution saline qui fut lentement absorbée, mais l'auteur considère cette injection comme une erreur thérapeutique. L'état général du malade s'améliora beaucoup après l'opération pour, après quelque temps, revenir au même point qu'avant l'opération. Aucune amélioration du côté des reins: l'albuminurie même augmenta.

La saignée eut un effet intense, mais peu prolongé, sur la

(1) *The Am. J. of med.* déc. 05.

diurèse. Elle fut pratiquée après une attaque de colique néphrétique qui fut suivie d'une suppression presque totale des urines.

Les effets du régime déchloruré furent intéressants à plusieurs titres. Ils ont été très soutenus. Le régime parut renverser la relation entre la quantité de liquide ingéré et la quantité d'urine excrétée. Avant le régime, le malade accusait une soif intense; aussitôt le régime établi, la soif disparut et la langue qui était sèche devint humide. Le malade prit, à cause de ses lésions rénales, une certaine quantité de liquide malgré l'absence de soif. L'amélioration fut considérable et se soutint, mais dès que le malade reprit le régime additionné de sel, ses œdèmes augmentèrent.

En résumé: le traitement pharmaceutique n'a pratiquement donné aucun effet. Il en a été de même du régime, exception faite pour le régime déchloruré. La décortication du rein fut d'une utilité douteuse. La saignée a été un diurétique remarquable, sans effet durable, enfin l'auteur regarde, comme excessivement dangereuses, les injections salines sous-cutanées dans la néphrite parenchymateuse.

H. HERVIEUX.

L'EXAMEN DES URINES PAR LE PRATICIEN (1)

Tout examen de malade sans analyse d'urine est incomplet. Aphorisme banal qui fait sourire les étudiants, quand on le rappelle dans un cours. Et pourtant que de diabétiques sont révélés par des anthrax mortels, alors que pendant 10 ou 20 ans leur médecin a soigné ces malades pour des nombreuses indispositions ! Que de pyonéphroses se forment silencieusement, alors qu'elles ont été précédées d'une longue période de pyurie indolore !

Tout homme devrait, après 30 ans, faire analyser ses urines tous les ans, de même qu'il devrait, tous les six mois, montrer sa bouche au dentiste. Malheureusement, le mot "urine" est un de ces mots qu'il est encore considéré comme de bon ton de ne jamais prononcer dans le monde et dans les familles. On préfère laisser les gens uriner du pus, de l'albumine ou du sang, plutôt que de leur enseigner à se méfier. On devrait apprendre aux élèves qui vont quitter le lycée la nécessité pour tout homme de faire analyser ses urines chaque année, comme la nécessité d'avoir toujours chez soi un thermomètre et de faire appeler le médecin dès que la température atteint 38°.

En attendant, les médecins devraient s'outiller pour faire eux-mêmes une sommaire analyse d'urines, lorsqu'ils doivent intervenir dans un cas d'urgence, ou lorsqu'ils sont consultés chez eux par un malade qui n'apporte pas une récente analyse. Les points suivants sont à préciser : 1° L'urine est-elle acide ou alcaline à l'émission ? 2° Est-elle limpide ou trouble ? 3° Si elle est trouble, le trouble est-il dû à des sels ou à du pus ? 4° Contient-elle de l'albumine et quelle quantité ? 5° Contient-elle du sucre ? 6° Quelle est la quantité éliminée par litre ? 7° Contient-elle des sels ou des pigments biliaires ? 8° Contient-elle du sang ?

Voilà huit renseignements que le médecin peut obtenir chez lui facilement, en quelques minutes, à peu de frais. Voici ce qu'il faut se procurer et comment il faut procéder. J'ai à peine besoin de dire que je suppose parler pour des praticiens ayant oublié leur chimie, et que cette sommaire analyse ne dispense pas d'une analyse complète, faite par un chimiste, sur un échantillon pré-

[1] *Journal des Praticiens*, 28 octobre 1905. Voici une leçon pratique qui devra rendre de nombreux services aux médecins. C'est à ce titre que nous la reproduisons. J. A. L.

levé dans l'urine des 24 heures, dont on aura mesuré le volume exact et qu'on aura très soigneusement mélangée.

A. CE QU'IL FAUT FAIRE POUR FAIRE UNE ANALYSE D'URINE :

1° *Appareils.* — Deux verres coniques, — Six tubes à essai sur un support. — Une lampe à alcool en verre. — Une pince en bois (pour chauffer les tubes sans se brûler les mains). — Un tube d'Esbach pour doser l'albumine. — Un appareil pour le dosage de l'urée. — Un papier à filtrer. — Un entonnoir en verre.

2° *Réactifs.* — Du papier de tournesol rouge et bleu. — Acide azotique. — Acide acétique. — Liqueur de Fehling. — Réactif piero citrique pour doser l'albumine. — Réactif à l'hypobromite de soude pour l'urée. — Sous acétate de plomb (extrait de saturne officinal). — Sulfate de magnésie (en cristaux ou en poudre). — Un litre d'eau distillée — Dix grammes de soufre sublimé. — Cinquante centimètres cubes d'eau oxygénée.

On dispose le tout sur une petite table, que l'on recouvrira d'une glace ou mieux d'une plaque d'opaline. Le tout ne coûte guère plus de 15 francs.

La liqueur de Fehling (formule Pasteur), ne s'altère pas. Le réactif à l'hypobromite de soude s'altère très vite: il faut en acheter peu à la fois et le renouveler très souvent. On peut préparer soi-même avec du brome.

B. COMMENT ON FAIT UNE SOMMAIRE ANALYSE D'URINE :

I. *Examen physique.* — Faites uriner le malade dans un verre conique. Regardez l'urine par transparence. D'emblée vous voyez si elle paraît normale, si elle est trouble ou limpide, si elle contient ou non des filaments. Il faut préciser alors la réaction, la couleur, l'odeur, l'aspect, rechercher si elle laisse former un dépôt.

Réaction. — Plonger dans le verre un papier de tournesol bleu. L'urine normale est acide à l'émission: si la réaction est acide, le papier bleu devient instantanément rouge.

Si le papier reste bleu, l'urine est alcaline. Cette alcalinité peut être due à deux causes: 1° l'alimentation ou les boissons: 2° la fermentation ammoniacale intra-vésicale.

Certains fruits contiennent des acides végétaux qui donnent naissance dans l'urine à des sels alcalins, comme les tartrates (prunes, raisins), les citrates (groseilles), les malates (pommes). De même l'urine peut être rendue alcaline par l'usage longtemps continué d'eaux bicarbonatées sodiques (Vichy, Vals, Saint-Galmier). Dans ce dernier cas l'urine est souvent trouble par précipitation des phosphates, comme nous le verrons plus loin.

Couleur. — La couleur varie du jaune très pâle au rouge brique. Plus une urine est colorée, plus elle est riche en matières extractives. C'est ainsi que la séparation intra-vésicale des urines avec les appareils de Luys ou de Cathelin, permet de voir par la simple comparaison de la couleur de l'urine de chaque rein, quel est celui qui fonctionne le mieux.

Ne confondez pas une urine rouge dont la coloration et le trouble sont dus à un excès d'urates avec une urine sanglante. Les malades font souvent cette confusion. Il suffit, comme vous allez le voir, de chauffer l'urine pour faire cette distinction.

Odeur. — Lorsque l'urine a subi la fermentation ammoniacale intravésicale, elle dégage, à l'émission, une forte odeur d'ammoniac. Cette odeur doit vous faire penser à une infection urinaire de date ancienne avec stagnation. L'urétro-pyéélite ou la pyélonéphrite coexiste souvent avec l'infection vésicale ancienne.

Aspect. — La constatation de l'aspect de l'urine est très importante. L'urine normale est limpide à l'émission. Elle peut tenir en suspension des filaments dus à une urétrite chronique, tout en étant limpide.

Trois causes principales peuvent la rendre trouble à l'émission: 1° du pus 2° des urates; 3° des phosphates dans une urine rendue neutre ou alcaline par l'ingestion de certains végétaux, ou d'eaux minérales alcalines (Vichy, Vals, Saint-Galmier).

Retenez ceci: pour reconnaître immédiatement si l'aspect trouble d'une urine fraîchement émise (1) est dû à du pus ou à des sels, il est deux moyens très simples: 1° Faites chauffer l'urine, les urates précipités dans l'urine refroidie au-dessous de 37°, se redissolvent par la chaleur et l'urine redevient limpide (2):

(1) Il est entendu, une fois pour toutes, que je parle de l'urine émise par le malade chez le médecin et non devant lui [ce qui est absolument nécessaire dans les expertises et dans les examens des candidats à l'assurance sur la vie ou sur les accidents]. Ne perdez votre temps à analyser des urines fermentées ou des urines dont l'origine est problématique.

(2) Si l'urine est "boueuse" en cas d'oligurie [accès fébriles], il faut ajouter de l'eau avant de chauffer. Tous les urates peuvent ainsi se dissoudre, et l'urine s'éclaircit complètement.

ajoutez à l'urine quelques gouttes d'acide acétique: l'urine devient alors hyperacide, les phosphates se dissolvent et l'urine se clarifie instantanément (1).

Si, au contraire, l'urine est purulente, ni la chaleur, ni les acides ne la clarifient.

Dépôt. — Il est nécessaire de laisser les urines que la chaleur et les acides ne clarifient pas, déposer dans un verre conique, pendant quelques heures. Recouvrez le verre propre.

On sait que l'urine normale, en se refroidissant, abandonne un dépôt. Ce dépôt est floconneux, nuageux, incolore. Il est constitué, si on l'examine au microscope, par des cellules épithéliales et des urates. Ceux-ci se sont précipités parce qu'ils sont moins solubles dans l'urine froide que dans l'urine chaude.

Lorsque l'urine contient du pus ou du sang, le dépôt est plus dense: il ne flotte pas comme un nuage au fond du verre; il tombe et forme une couche plus ou moins épaisse. On évalue la quantité de pus en disant qu'elle représente environ un dixième, un quinzième du volume de l'urine.

Il y a, pour nous praticiens, deux sortes d'urines purulentes: a) les urines purulentes acides; b) les urines purulentes alcalines.

Les *urines purulentes acides* contiennent des globules de pus, des cellules épithéliales et des microbes reconnaissables au microscope, en prélevant quelques parcelles du dépôt pulvérulent ou phlegmoneux qu'elles abandonnent par le repos ou par centrifugation. Parmi les microbes, il en est deux qu'on a besoin de rechercher très souvent: le gonocoque et le bacille de Koch.

Les *urines purulentes alcalines* (et à plus forte raison ammoniacales), ne contiennent pas de globules de pus reconnaissables au microscope. A plus forte raison on ne peut y retrouver que fort difficilement le gonocoque et le bacille de Koch.

D'où l'inutilité d'envoyer ces urines au bactériologiste. En effet, dans les urines alcalines, le pus est transformé en une matière visqueuse, glaireuse, gélatiniforme, qui adhère au fond des vases, qu'on ne peut étaler sur une lame. Il est facile d'obtenir *in vitro* cette transformation. Versez dans une urine purulente acide quelques cc. d'ammoniaque; le pus, jusque-là en suspension, se transforme en glaires.

[1] Ces urines troubles sans pus font souvent croire à des cystites ou à des pyélites qui n'existaient pas. M. Bazy a insisté avec raison sur la nécessité de démasquer, en clarifiant l'urine, ces *pseudo-pyérites* et ces *pseudo-cystites*.

Toutes les fois qu'on soupçonne une tuberculose urinaire et que l'urine est alcaline, il faut tenter, par l'évacuation et la désinfection de la vessie et des reins (lavages, instillations, sonde à demeure, urotropine, etc.), de rendre à l'urine sa réaction acide. A ce moment, et à ce moment seulement, on pourra faire rechercher le bacille de Koch avec quelques chances de succès. Nous indiquerons plus loin les précautions à prendre pour recueillir et envoyer des urines fraîches et aseptiquement obtenues au bactériologiste.

Cette distinction entre les urines purulentes acides et alcalines n'est pas suffisante. Au point de vue sémiologique, il y en a une autre sur laquelle M. Guyon a souvent insisté et dont il nous a appris l'importance. C'est la suivante; certaines urines se clarifient par le repos, tandis que d'autres restent troubles malgré la formation d'un abondant dépôt.

Les urines qui se clarifient par le repos laissent tomber au fond du vase tous leurs glabules de pus; elles traduisent, en général, une infection limitée à l'urèthre et à la vessie, avec intégrité des uretères et des reins.

Les urines qui restent troubles sont en rapport avec une suppuration urétérale ou pyélo-urétérale. Elles permettent donc de reconnaître si des reins — qui ne sont ni gros ni douloureux — sont envahis par l'infection ascendante.

Les urines qui restent troubles sont toujours émises en quantité plus grande que normalement (2 à 5 litres au lieu de 1,500 cc.). Cette polyurie s'explique par ce fait que, comme le dit M. Guyon, le rein secrète d'autant plus qu'il est près de sa perte. C'est à ce syndrome — urines purulentes abondantes et ne se clarifiant pas par le repos — que M. Guyon a donné le nom de *polyurie trouble*. "La polyurie trouble indique d'une façon certaine que l'appareil rénal est malade et suppure abondamment." (Guyon).

II. *Examen chimique*. — Le praticien peut très facilement rechercher l'albumine, le sucre, le sang, la bile et doser l'urée.

Recherche et dosage de l'albumine. — L'albumine de l'urine dérive du sérum sanguin. Elle est constituée par un mélange de sérine et de globuline.

À l'état physiologique, lorsque le sang est normal, lorsque la

tension circulatoire est normale, lorsque les épithéliums du rein sont normaux, lorsqu'il n'y a pas d'altération dans les muqueuses des calices, des bassinets, des urétéres, de la vessie et de l'urètre, *l'albumine du sang ne passe pas dans l'urine.*

Si un des éléments est altéré, la sérine et la globuline peuvent passer dans l'urine: il y a *albuminurie*.

On distingue deux groupes d'albuminuries: a) les albuminuries sans lésion rénale actuellement connue ou avec modification rénale passagère et curable; b) les albuminuries avec lésion rénale (1).

Recherche et dosage de l'albumine. — L'albumine se reconnaît dans l'urine très facilement: il suffit, si l'urine est acide, de la chauffer au-dessus de 70°. A cette température, l'albumine se coagule et forme un nuage blanchâtre, plus ou moins opaque, suivant la quantité que l'urine contient. *En principe, il vaut toujours mieux filtrer l'urine pour qu'elle soit limpide.*

L'albumine ne se coagule pas à froid par l'acide acétique. Donc, si dans une urine filtrée, quelques gouttes d'acide acétique déterminent un coagulum il ne s'agit pas d'albumine proprement dite. Le malade n'est pas albuminurique. Mais cette urine contient une substance appelée *mucosine* ou *mucine*, due à l'hypersecrétion des muqueuses vésicale et urétérale. La mucosine précipite en effet, à froid, par l'acide acétique (2). Elle ne pré-

[1] Létienne et Masselin, auxquels j'emprunte ces lignes, énumèrent ainsi ces diverses variétés: I. *Albuminurie sans lésion rénale connue ou avec modification rénale passagère et curable*: A. transitoire des nouveau-nés, intermittente des enfants, des sujets en apparence bien portants; B. cyclique (orthostatique, posturale, alimentaire post-prandiale, par refroidissement, par émotivité, par fatigue, par balneation); A. d'origine digestive; A. d'origine nerveuse.

II. *A. avec lésion rénale*: a) d'origine infectieuse (fébrile, tuberculeuse, syphilitique, paludique); b) A. d'origine toxique (plomb, phosphore, arsenic, mercure, CO, alcool, alcaloïdes, cantharides, etc.); c) A. par auto-intoxication (diabétique, goutteuse); d) A. des néphrites; e) A. de la grossesse; f) A. cardiaque; g) A. des affections des voies urinaires. [Létienne et Masselin, *Précis d'Urologie clinique*, p. 192 et suiv.]

[2] Il n'est pas nécessaire de savoir, mais cela peut être utile, que les albumines urinaires comptent plusieurs variétés dont les principales sont:

a) Les albumines proprement dites [sérine, sérum, globuline, albumoses, peptones, etc.]

b) La mucosine urinaire, et enfin c) les albumines urinaires proprement dites [sérine et globulines]. Vous avez appris en physiologie que le suc gastrique transforme dans l'estomac les matières albuminoïdes (la viande) d'abord en syntonine, puis en propeptone ou albumose, enfin en peptone. Cette dernière passe dans le sang: elle est soluble et assimilable. Il s'en suit que dans certains états pathologiques, les albumoses ou les peptones peuvent passer dans l'urine, d'où les termes d'albumosurie et peptonurie.

L'albumosurie est décelée par la réaction de Bence Jones, qui consiste: "à faire chauffer l'urine filtrée. Si l'urine contient des albumoses, l'urine se trouble à 6° et même précipite; mais dès qu'on la chauffe au-dessus de 70° elle se redissout, le précipité disparaît, l'urine redevient limpide, pour louchir et précipiter à nouveau par l'abaissement de la température." [Létienne et Masselin.]

Cette réaction traduit en général l'existence d'une sarcomato-cosurie. Dans 17 cas d'albumosurie réunis par Sicard, il y avait 17 fois des ostéo-sarcomes.

L'albumosurie est indépendante de l'albuminurie.

La peptonurie se reconnaît par la réaction dite du buret (coloration violet-rose par l'addition à l'urine de quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre et d'un excès de potasse). Il y a deux variétés de peptonurie: 1° la *peptonurie digestive*, due à ce que les peptones élaborées par la digestion sont éliminées par l'urine sans avoir été transformées en albumines du sang; en général cette peptonurie traduit une altération du foie dont la fonction est troublée; 2° la *peptonurie des affections*

cipite pas par la chaleur. Il n'y a donc aucune cause de confusion.

Causes d'erreur. — Lorsque l'urine est neutre ou alcaline, la chaleur peut déterminer un trouble qui est dû à des phosphates terreux (précipités par le dégagement de l'acide carbonique produit par la chaleur). *Il faut donc toujours acidifier l'urine avec une ou deux gouttes d'acide acétique pour éviter cette confusion.*

On devra toujours filtrer les *urines purulentes* sur un papier filtre mouillé. Le sucre ne gêne pas la recherche de l'albumine par la chaleur.

Dans les urines ammoniacales, la recherche de l'albumine n'est pas possible pour le médecin.

Dosage de l'albumine. — On peut doser approximativement l'albumine avec le réactif d'Esbach, dont voici la formule :

Acide picrique.....	10 grammes
Acide citrique.....	20 —
Eau q. s. pour.....	1.000 —

Faites dissoudre à chaud. Après refroidissement, filtrez.

On se sert d'un tube gradué, appelé tube d'Esbach, muni d'un bouchon en caoutchouc. On verse du réactif jusqu'au trait marqué R. et de l'urine jusqu'au trait marqué U. On laisse au repos pendant douze heures : l'albumine se précipite au fond du tube et on lit sur la graduation la quantité que l'urine en contient par litre. Ce procédé, d'une exactitude suffisante en clinique, a l'inconvénient de nécessiter douze heures. Mais on peut, séance tenante, obtenir le même résultat, comme M. Poquet, de Lille, vient de l'indiquer, en faisant bouillir l'urine avec le réactif dans le tube d'Esbach. La chaleur fait immédiatement la réaction qui demande douze heures pour se faire à froid.

Causes d'erreur. — Les alcoïdes, l'antipyrine, le santal, etc. éliminés par l'urine chez des malades qui en ont absorbé préci-

urinaires que l'on rencontre dans les infections vésicales ou rénales, avec stagnation urinaire. Les pyogènes produisent, en effet, des ptomaines, des toxalbumines, voisines des peptones au point qu'elles donnent la réaction du biuret. Plus la suppuration est abondante, plus l'urine contient de peptones [en même temps, bien entendu, que de l'albumine, des globules de pus, des cellules épithéliales]. La peptonurie abondante est d'un pronostic plutôt sérieux [Létienne et Masselin].

La *mucosine* ou *mucine* "est une substance semi-liquide, visqueuse, contenue dans le mucus que sécrètent les muqueuses pour se protéger du contact immédiat de leurs produits excrétoires et de celui des éléments chimico physiologiques qui les recouvrent. C'est la vessie qui sécrète le plus de mucus, parce qu'elle doit se protéger du contact acide de l'urine. Normalement la mucosurie ne se décèle pas dans l'urine : elle y est en trop faible quantité. Mais on la trouve dans les urines purulentes : elle entraîne avec elle, sous forme de muco-pus, les éléments cellulaires, les pyocytes avec lesquels elle forme des magmas purulents, visqueux que souvent, à l'aide d'une pince, on retire tout entiers du dépôt urinaire." [Létienne et Masselin].

pitent par le réactif picrocitrique. Quand on doute, envoyer l'urine au chimiste et lui demander de vérifier par plusieurs procédés l'existence de l'albumine.

Recherche de petites quantités d'albumine. — Procédé au sulfate de soude. On sature l'urine par du sulfate de soude (en cristaux). On agite bien. On acidule avec une goutte d'acide acétique au dixième. On regarde si la liqueur est acide avec un papier de tournesol bleu. On jette sur un filtre et la liqueur filtrée, versée dans un tube à essai, est essayée par la chaleur. Ce procédé est d'une sensibilité remarquable et élimine toutes les causes d'erreur: acide urique, alcaloïdes, peptones, albumoses. Ce procédé permet de déceler de 1 à 5 centigr. d'albumine par litre.

Dr E. JEANBRAU.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chargé de la consultation des maladies des voies urinaires.

(A suivre.)

CONGRÈS DE MONTRÉAL

Le rapport officiel du 2e congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Montréal en 1904, vient de paraître et est expédié franco à tout membre inscrit.

Par ordre.

INTERETS PROFESSIONNELS

LE CONSEIL DE DISCIPLINE

Notre loi médicale contient déjà assez d'imperfections sans lui en attribuer qui n'existent pas.

Ainsi, nous avons été surpris de lire dans une communication de M. le Dr Laurendeau, au "Montréal-médical:"

"Mais il y a mieux que cela: le comité de discipline que nous avons organisé au printemps dernier n'est, paraît-il, qu'un épouvantail. Cela vous étonne? Vous n'êtes pas les seuls. Oyez la question suivante que je posais au Bureau et la réponse que je consigne ici. "Le chapitre 4 de nos règlements définit la procédure à suivre devant le Conseil de Discipline; déclare punissables tous actes dérogatoires à l'honneur professionnel; ce conseil, dont les fonctions sont jusqu'à un certain point judiciaires, a-t-il droit de suspendre temporairement ou définitivement tout médecin ayant forfai à l'honneur professionnel; en un mot, la loi lui accorde-t-elle les moyens de sanction nécessaires à l'exécution de ses jugements?"

Et M. le Président de répondre: "Que la loi n'était pas claire à ce sujet, qu'il vaudrait mieux attendre qu'elle fut amendée, avant d'aller frapper à la porte du Conseil de discipline pour demander justice."

Comme nous l'avons fait remarquer lors de la dernière assemblée, il y a un malentendu entre le Président et son interlocuteur: M. le Dr Lachapelle voulait parler de ce qui constitue les actes dérogatoires aux devoirs et à l'honneur professionnels tandis que M. le Dr Laurendeau cherchait à se renseigner sur la nature des pénalités imposables pour ces mêmes offenses.

Or sur ce dernier point il n'y a pas de doute possible, la loi est très claire et très explicite. Lisez:

Article 3997. S'il trouve bien fondée l'accusation portée, le Conseil peut, suivant la gravité du cas, frapper l'accusé de quelque une des peines suivantes.

1. La censure;
2. La privation du droit d'éligibilité à la charge de gouverneur du collège, et même droit de vote aux élections des gouverneurs du collège, pendant un certain temps;

3. La privation, pour un temps limité et déterminé, du droit d'exercer la médecine.

Art. 3997 K. Le conseil peut condamner aux frais qu'il juge convenables, la partie qui succombe, ou diviser ces frais, et en outre la condamner à payer à la partie gagnante, une somme destinée à l'indemniser des dépenses personnelles au sujet de la plainte."

Donc, quand il sera légalement organisé, le conseil de discipline sera toute autre chose qu'un épouvantail.

Maintenant, un mot des doutes auxquels il est fait allusion par M. le Dr Lachapelle.

La clause de tous les délais, de tous les retards de tous les atteroiements dans l'organisation définitive de ce tribunal professionnel est une divergence d'opinion... entre avocats, naturellement.

Préparée par l'hon. juge Frs Langelier, révisée par l'hon. M. Fitzpatrick, aujourd'hui ministre de la justice, adoptée sans amendement par la Législature, la loi autorisant la formation d'un conseil de discipline semblait offrir, du moins aux yeux des profanes, toutes les qualités requises pour en assurer le bon fonctionnement.

En 1878, le Bureau, ayant nommé les membres du nouveau tribunal, chargea M. P. B. Mignault de préparer les règlements nécessaires pour guider les juges médicaux dans l'exercice de leurs fonctions. Mais ô glorieuses incertitudes de la loi! Cet éminent légiste découvrit, que la loi manquait absolument d'efficacité, le législateur n'ayant pas défini lui-même quels actes "peuvent constituer des infractions à des devoirs professionnels" ou des actes dérogatoires à l'honneur de la profession." (Voir rapport de l'assemblée de juillet 1899, page 32).

Cette opinion fut partagée par l'avocat du collège: M. H. Gervais. (Voir rapp. de septembre 1899, P. 35.)

En face de cette situation, d'autant plus embarrassante, que les Sommités du Bureau paraissaient y perdre leur latin, M. Mignault reçut instruction de préparer le projet de loi suggéré pour faire disparaître les incertitudes créées par l'acte 61 vict. et rédiger en même temps dans une phrasiologie légale, l'énumération des diverses offenses déclarées, par le comité de législation, être déro-

gatoires aux devoirs et à l'honneur professionnels. Le savant avocat s'exécuta et son travail est devant le Bureau depuis 1903. Son projet de loi attend la sanction de la législature et son projet de règlement pour la gouverne du comité de discipline a été incorporé dans nos règlement refondus: il en constitue le chapitre IV.

Espérons, qu'à la prochaine session, l'état d'âme de nos législateur à l'égard de la profession leur permettra de dissiper des doutes qui menacent de s'éterniser en adoptant les amendements nécessaires pour rendre la loi créant le conseil de discipline complètement efficace.

L. J. A. SIROIS.

Saint-Ferdinand d'Halifax

**TROISIEME CONGRES INTERNATIONAL D'ELECTROBIOLOGIE ET DE
RADIOLOGIE MEDICAL**

Ce congrès qui, pour des raisons particulières, n'a pu avoir lieu à Amsterdam en 1905, se tiendra à Milan (Italie) du 5 au 9 sept. 1906. Un avis ultérieur en fixera les conditions.

L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES, A MONTREAL.

La question de l'inspection médicale des écoles, si bien étudiée depuis le congrès de Montréal, vient d'être résolue d'une façon inopinée.

En effet, le comité d'hygiène vient de nommer six inspecteurs officiels, sans tenir compte des avis du comité consultatif qu'il s'était adjoint à cet effet.

C'est une fournée de marrons. "Tirez, mes amis" !

Nous protestons énergiquement contre de tels procédés. On dirait qu'ils sont passés dans les habitudes de l'Hôtel-de-ville.

Il y a, là, un exemple de *favoritisme outré* — dont nous connaissons bien les causes — qui n'inspire aucune confiance dans l'avenir, et une façon de procéder peu encourageante pour les efforts désintéressés des promoteurs de ce plan de réformes, qui ont fait preuve d'un esprit public vraiment remarquable.

En effet, au congrès de Montréal, le bureau avait mis à l'étude la question de *l'inspection médicale des écoles*.

M. Valin, rapporteur, dans un travail très élaboré est très suggestif, avait conclu à la nécessité de l'inspection obligatoire, ici. Tous les membres — en réunion plénière — avaient approuvé ses conclusions.

Le comité d'hygiène avait donc, pour le diriger, un rapport sûr, et un rapporteur autorisé.

On reçut une délégation, on entendit M. Valin et les autres; on promit de s'en occuper.

Bref, le comité des finances alloua \$3000. pour les frais de l'inspection.

Il s'agissait de nommer des inspecteurs. Le comité d'hygiène avait promis, par la voix autorisée de son président, de prendre l'avis du comité spécial quand il s'agirait de faire les nominations. Vaines promesses! Les nominations sont faites, le pain est distribué. Adieu les membres du comité.

Nous ajoutons qu'aucun des membres du comité ne convoitait, pour soi-même, une charge lucrative quelconque; mais ils se croyaient autorisés à recommander des confrères qui — leur compétence mise à part — ont fait preuve de désintéressement dans différentes circonstances, principalement dans la lutte contre la tuberculose et dans l'organisation de la goutte de lait.

Quant à l'organisation et à la direction de ce département, M. Valin était tout désigné pour en assumer la tâche avec le Dr J. N. Laberge *jr*, que l'on avait proposé, d'abord, seul et à tort suivant nous.

Ses occupations nombreuses et variées ne lui permettent pas de s'occuper de cette question avec profit; tandis que M. Valin y était tout acquis autant par ses fonctions de professeur adjoint à la chaire d'hygiène, que par sa compétence spéciale de rapporteur et de promoteur en l'espèce.

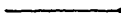
On a passé outre!... C'est mal.

C'est ainsi que, dans notre pays, toute question sociale est traitée. L'intérêt personnel prime tout autre.

Nous sommes, des arriérés!... Aussi nous restons enlisés dans nos préjugés.

Toute innovation dans le domaine de l'hygiène sociale ne vaut qu'en autant qu'elle est soustraite à l'influence de toute politique, municipale ou gouvernementale!

Quant aux médecins qui ont été nommés, il en est, parmi eux, qui ne sont certainement pas qualifiés pour cette charge. Ils manquent absolument d'expérience. Voilà un danger qu'il fallait éviter, car l'inspection ainsi faite est plus dangereuse que profitable.



LA LICENCE INTERPROVINCIALE ET LES PROVINCES ANGLAISES

On a annoncé, récemment, dans les journaux quotidiens, que la province d'Ontario hâta l'adhésion des autres provinces au principe du bill Roddick afin de pouvoir s'adresser aux autorités fédérales, à la prochaine session, dans le but d'obtenir l'autorisation de se constituer — elles seules, indépendamment de la province de Québec — en *conseil fédéral* avec pouvoir de faire subir des examens et de distribuer des licences interprovinciales — Québec excepté.

C'est un rumeur; mais elle a son importance vu qu'on a déjà exprimé ouvertement l'intention d'agir ainsi, il y a deux ans bientôt, si Québec refusait d'entrer dans le trust.

Québec refuse. On essaie d'atteindre le but sans lui.

La chose ne se fera pas.

M. Bourassa, député de Labelle, a démontré que ce plan était irréalisable parce qu'il était anti-constitutionnel, et Sir Wilfrid Laurier a déjà déclaré qu'il y était opposé pour les mêmes raisons.

Nous attirons l'attention de nos confrères sur ce fait, qui, s'il se produit devra provoquer une opposition collective devenue plus facile depuis que les sociétés médicales s'occupent avec profit des intérêts locaux et généraux de la profession.

— NOUVELLE —

Nous recevons la bonne nouvelle suivante que nous nous empressons de communiquer à nos lecteurs.

St-Jérôme, 28 décembre, 1905

M. LE SECRÉTAIRE LE L' "UNION MÉDICALE"

du Canada,

Montréal.

Cher Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous annoncer la création d'une nouvelle Société Médicale dans notre Comté. Le nom en sera "Société Médicale du Comté de Terrebonne." Il nous sera toujours agréable d'entretenir des relations amicales avec les sociétés sœurs de cette Province. Nous sommes des mieux disposés à travailler dans l'intérêt de la Profession Médicale et de promouvoir les intérêts des médecins en particulier. Nous voulons faire acte d'humanité en dirigeant tous nos efforts à vulgariser les connaissances hygiéniques, à combattre l'alcoolisme et à instruire le peuple sur les effets pernicieux de la tuberculose.

Nous serons toujours des vôtres lorsqu'il s'agira de vous accorder notre généreux concours pour ce qui a trait aux intérêts de la Profession.

Avec l'espoir que vous accueillerez avec bienveillance la naissance de notre nouvelle société, nous nous souscrivons.

Vos tous dévoués,

Dr EDMOND GRIGNON,

Président.

Dr HENRI PRÉVOST,

Sec.-Trés.

L'Union Médicale adresse ses meilleurs souhaits à la jeune association, et lui offre volontiers l'hospitalité dans ses colonnes.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 9 janvier 1906,

Présidence de MARIEN, *vice prés.*

Le secrétaire donne lecture des résolutions passées par l'association médicale du comté de Wolfe.

La société médicale de Montréal approuve la campagne entreprise par l'association médicale du comté de Wolfe dans l'intérêt de la profession médicale.

Les différentes questions soulevées seront mises à l'étude d'une façon plus détaillée à des séances prochaines de la société médicale.

M. MARIEN proteste contre un fait divers, paru à son insu dans un des journaux du soir; et qu'il considère comme préjudiciable à la dignité professionnelle.

COMMUNICATIONS.

1° *Un bureau central d'examineurs.* — M. L. E. FORTIER.
(Voir plus haut).

MM. Cléroux, Hervieux, Fortier, Dubé et Parizeau sont chargés d'étudier plus en détail les conclusions du mémoire de M. Fortier et de déposer un rapport devant la société médicale.

2° *L'enseignement médical en Allemagne.* (Visite aux villes et clinique, universitaire), causerie avec projections. — M. ST-JACQUES.

ALBERT LARAMÉE.

Séance du 23 janvier 1906,

Présidence de M. MARIEN, *vice-prés.*

Le secrétaire donne lecture d'une lettre annonçant la création d'une société médicale dans le comté de Terrebonne.

M. LESAGE, avant l'adoption du procès verbal, demande que copie du travail de M. Fortier sur *le bureau central d'examineurs* soit tirée à 100 exemplaires aux frais de la Société mé-

dicale; que chaque membre du comité en reçoive le texte complet, et que les conclusions en soient déposées sur le bureau à la prochaine séance. Adopté.

M. DE MARTIGNY demande aussi que M. St-Jacques, après sa conférence sur les universités allemandes et ses étudiants, dont il montre le rôle prépondérant dans certaines phases de l'histoire de la médecine, s'empresse de nous parler de l'école française à qui nous devons, il semble, la plupart des conquêtes scientifiques importantes de ces 20 dernières années, surtout en chirurgie. Il cite Péan et quelques autres.

Le procès-verbal est adopté.

MOTIONS

M. DE MARTIGNY (François), demande que le comité de régie de la Société médicale s'entende avec M. Lemieux, député à la Chambre de Québec, afin d'amender l'article 332 du code de procédure civile. Ce comité pourrait aussi, à cette fin, correspondre avec les différentes sociétés médicales de la Province de Québec.

CODE DE PROCÉDURE CIVILE

Art. 331. Le témoin n'est pas tenu de répondre aux questions qui lui sont faites si ces questions peuvent l'exposer à une poursuite criminelle. Lui seul peut élever cette objection.

Art. 332. Il ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement à raison de son caractère professionnel comme aviseur religieux ou légal, ou comme fonctionnaire de l'Etat, lorsque l'ordre public y est concerné.

Il suffirait d'ajouter après les mots "comme aviseur religieux ou légal" ou *comme médecin ou chirurgien.*"

M. LESAGE approuve pleinement l'idée que comporte la motion de M. de Martigny. Plus que les avocats, autant que les prêtres, les médecins, confidents particuliers, ont besoin de la protection de la loi contre les indiscretions du tribunal. Il demande au comité de régie de voir à ce que cette motion reçoive son plein effet, et que les autorités compétentes soient avisées à cette fin.

PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. DE MARTIGNY présente une portion d'intestin enlevée chez un malade souffrant d'obstruction par hernie ombilicale étranglée

L'intestin présentait des plaques ecchymotiques qui s'acheminaient vers la gangrène. Le malade a succombé plus tard.

DISCUSSION

M. MONOD, discute les mauvais effets du taxis qui est plus nuisible qu'utile. Il rapporte quelques faits personnels à l'appui de cette thèse.

COMMUNICATIONS

M. BOURGOIN: *œdème segmentaire de la jambe*. Dans un travail méthodique le conférencier expose la pathogénie de cette affection, assez rare. Il cite des cas identiques, à Paris. — Ce travail sera publié.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

M. LESAGE: *l'admission des médecins étrangers dans la province de Québec*. (Voir plus haut).

DISCUSSION

M. DE MARTIGNY: appuyé par M. Hervieux fait quelques remarques sur l'opportunité d'une protection médicale, tout en admettant l'équivalence des diplômes français en considération de certains avantages accordés aux canadiens durant les années passées. Il demande que cette question soit référée au comité nommé à la dernière séance, et qui devra faire rapport bientôt.

M. LESAGE a mis cette question à l'étude pour essayer, si possible, de faire disparaître l'impression — du moins apparente — de favoritisme pour des étrangers, contre des nationaux. Il serait heureux que le même comité fasse un rapport sommaire sur la question présentée ce soir. Il se propose de demander l'avis des autres sociétés sur ce point d'équivalence internationale.

M. LESAGE annonce que le rapport du dernier congrès, à Montréal, de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, est publié et déposé chez le secrétaire.

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT DES TROIS-RIVIERES

Présidence de M. PANNETON.

A la dernière assemblée de l'Association Médicale du district des Trois-Rivières, monsieur le Président, le Dr E.-F. Panneton, proposa qu'à l'exemple des autres sociétés médicales de la Province le secrétaire envoie à l'avenir le rapport de chaque séance au journal " L'Union Médicale."

Il existe présentement dans la profession un courant d'idées qui aura pour résultat de faire disparaître les vieux sentiments de cette mesquine animosité entre confrères qui ont longtemps compromis les intérêts de la Société Médicale.

De toutes parts on voit se développer de nouvelles associations, et à peine sont-elles organisées que déjà elles prospèrent.

L'Association Médicale du district des Trois-Rivières, quoique faisant pour la première fois aujourd'hui une manifestation publique de son existence par la voie des journaux de médecine, compte déjà plusieurs années de prospérité.

Fondée en mai 1901 elle eut pour premier président le docteur L. P. Normand des Trois-Rivières. Ses débuts furent heureux. Les réunions étaient presque toujours mensuelles et l'assistance était nombreuse.

En différentes circonstances il y eut des réunions en dehors de la ville, dans les principaux centres du District; c'est ainsi que Shawinigan Falls, Ste-Anne de la Pérade, Louiseville et Nicolet ont tour à tour donné l'hospitalité aux membres de l'Association; et chacune de ces assemblées produisit des résultats très encourageants.

En 1902, d'après les règlements de la constitution il y eut de nouvelles élections, mais on apporta aucun changement dans le bureau de direction et les mêmes officiers eurent la mission de veiller au maintien de l'Association.

Mais peu après, il y eut une sorte de refroidissement. Le Président s'en est allé en Europe: le Vice-Président et les autres ne sont pas allés en Europe ni au Japon, mais on ne sait trop ce qui s'est passé: — il se fit peu d'assemblées, il y eut peu de monde — si peu qu'un soir — il n'y avait que le conférencier et le secrétaire, et peine ne fut pas au premier de lire son travail et au dernier de donner son rapport.

Heureusement cet état de choses ne dura pas, car un peu plus tard le conférencier put produire son travail devant une grande assemblée et le secrétaire eut le plaisir de voir son rapport adopté à l'unanimité.

Dans ces derniers temps la perspective de recevoir prochainement les membres du Grand Congrès des médecins de la Langue Française de l'Amérique du Nord a suscité une nouvelle ardeur et réveillé l'enthousiasme des premiers jours.

Un appel chaleureux fut de nouveau fait à tous les médecins du District et la grande majorité a répondu promettant plus que jamais son appui et son concours.

Les dernières élections eurent lieu en mars 1905 avec le résultat suivant:

Président-Honoraire le Dr J. E. Hétu, Trois-Rivières;

Vice-Président Honoraire le Dr L. P. Fiset, M. P. P. Shawinigan;

Président actif: le Dr E. F. Panneton, Trois-Rivières;

1er Vice-Président: le Dr Henri Marchand, Champlain;

2nd Vice-Président: le Dr M. E. Gervais, Trois-Rivières;

Secrétaire: le Dr C. E. Darche, Trois-Rivières;

Trésorier: le Dr J. H. Leduc, Trois-Rivières.

Un comité de Direction — composé d'un médecin représentant chacun des comtés du District Médical des Trois-Rivières: — Le Dr O. Milot, de Louiseville pour Maskinongé, le Dr C. J. Gélinas, Shawinigan pour St-Maurice, le Dr W. N. Godin Cap de la Magdeleine pour Champlain, le Dr A. Lamarre, de St-Wenceslas pour Nicolet, et tous les médecins de la ville des Trois-Rivières.

Pour assurer le succès futur de l'Association il fut résolu à l'unanimité:

1° Qu'à l'avenir il y ait autant que possible des réunions mensuelles.

2° Que le lieu de ces réunions soit Trois-Rivières excepté quatre fois par année.

3° Qu'il y ait une assemblée par année dans chacun des quatre comtés (Maskinongé, St-Maurice, Champlain, Nicolet.) qui composent en dehors de la ville des Trois-Rivières le District Médical de l'Association.

Depuis cette réorganisation la société progresse toujours et peut compter aujourd'hui sur le concours de 50 membres.

Dans le cour de l'été 1905 l'Association eut l'honneur d'entendre le Dr J. E. Dubé de Montréal sur un sujet d'actualité: *la tuberculose*.

Le distingué et savant conférencier a traité cette question avec sa délicatesse ordinaire et d'une manière essentiellement pratique.

A la dernière séance le Dr Alphonse Mercier, de Montréal, se rendit gracieusement à l'invitation de l'Association et sut intéresser vivement les membres présents par la communication d'un travail sérieux sur un cas peu ordinaire de Sarcome des Méninges.

L'Association ne peut donc que se féliciter de l'honneur que leur a faite ces distingués visiteurs.

D'ailleurs les dernières assemblées ont été des plus encourageantes; et les lecteurs de l' "Union Médicale" liront peut-être avec intérêt la liste du District des Trois Rivières depuis le mois de juillet jusqu'à ce jour. MM. les Drs. J. E. Dubé, de Montréal; Alphonse Mercier, Montréal; D. D. MacTaggart, Montréal; Gervais, St-Jovite; Pelletier, Montréal; Jolicœur, Québec; Henri Trudel, St-Grégoire; Ferron, St-Paulin; H. Marchand, Champlain; J. Leblanc, Champlain; R. Pépin, St-Célestin; Millette, St-Etienne; O. Elie, St-Grégoire; Dauray, Pointe du Lac; Arthur Ferron, Grand'Mère; H. Dulraime, St-Léon; Paquin, Ste-Ursule; L. O. Bournival, St-Barnabé; L. P. Fiset, M.P.P., Shawenigan; Fréchette, St-Stanislas; L. A. Plante, Louiseville; O. Milot, Louiseville; J. E. Héту, M. E. Gervais, E. F. Panneton, L. P. Normand, J. H. Leduc, C. N. DeBlois, Geo. Bourgeois, Nap. Lambert, O. Tourigny, J. A. St-Pierre, W. N. Godin et C. E. Darce, de Trois-Rivières et MM. O. Noël, E. Rouleau, E. Lamarche, étudiants en Médecine.

L'Association peut donc compter sur un avenir prospère, et cela pour le développement de la Science Médicale dans le District des Trois-Rivières.

C. E. DARCHE,
Secrétaire.

L'ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA

Séance du 20 janvier 1906

Présidence de M. ROBILLARD, de Thurso.

Je m'efforcerais d'être bref, dans l'énoncé de ce rapport, crainte d'abuser de l'hospitalité que vous nous accordez si généreusement dans votre intéressante revue. Il me semble que mes écrits (et ce n'est pas du pharisaïsme, croyez-moi) font piètre figure, chez vous, quand je me plais à y admirer les belles envolées qu'ont parfois, dans vos colonnes les vaillants et généreux défenseurs de la profession. Je n'ai aucune raison cependant, de redouter le soufflet que mes lecteurs pourraient infliger à mon amour-propre, puisque mon intention est ici de parler uniquement des autres et même de donner de l'encensoir à droite et à gauche, afin de sauvegarder, pour l'avenir, ma très... lucrative position de secrétaire!

Notre assemblée régulière (la quatrième) eut lieu à Hull, jeudi, le 18 courant. Monsieur le maire, Edmond Aubry, nous attendait dans le couloir de l'hôtel de ville, avec, sur les lèvres, le sourire accueillant dont il est coutumier. La vaste salle des délibérations fut généreusement mise à notre disposition.

Etaient présents: Messieurs les docteurs, J. Robillard, A. Aubry, Ed. Aubry, E. L. Quirck, Z. Paquette, A. Rodrigue, Sicard, J. Isabelle, Baudin, Viau, Archambault, Fontaine, Valade et Davies.

Tous prirent activement part aux débats surtout lorsqu'il s'agit de la discussion des intérêts professionnels.

Après les discours de bienvenue du président M. Robillard et de M. E. Aubry, maire de Hull, les travaux commencèrent immédiatement.

COMMUNICATIONS

I. M. JOSAPHAT ISABELLE donna une magnifique lecture sur "*la tuberculose chez les classes ouvrières.*" Il insista surtout sur la prophylaxie de cette terrible maladie et sur l'importance qu'il y a d'instruire le peuple à ce sujet. Il approuva l'enseignement de l'hygiène dans les écoles. Nous sommes heureux pour notre part d'offrir nos félicitations au conférencier. Son travail a le *finishing touch* scientifique.

II. M. le docteur VALADE d'Ottawa nous fit ensuite une longue et spirituelle lecture, à laquelle nos amis portèrent le plus vif

intérêt: " *Les remèdes anciens, les remèdes nouveaux et les remèdes brevetés ou patentés.*" Il traita d'abord de la médecine ancienne, empirique depuis Hippocrate et Galien, jusqu'à nos jours. Dans ces temps éloignés, nous dit le conférencier, on exploitait la crédulité du peuple on le fait encore aujourd'hui. Si le mode d'exploitation est plus raffiné, plus fin de siècle aujourd'hui, le peuple n'en est pas moins bête qu'autrefois et se laisse prendre facilement aux réclames mensongères, des médecines patentées qui enrichissent les fabricants et qui portent la ruine et la désolation dans la société.

Puis il fait défiler sous nos yeux, mordant sur chacun d'eux, les saluant ironiquement avec un sourire caustique et railleur, les différents personnages qui, moyennant une plus ou moins large rémunération, n'ont pas craint de se déshonorer en se constituant les apôtres des grandes compagnies de drogues brevetées qui deversent hypocritement sur le monde des flots d'alcool, et qui captent la confiance du peuple, par leurs annonces mirobolantes. Toute la galerie du " Colliers " (revue américaine) est passée et revue.

Il y en a de toutes sortes: des députés, des sénateurs, des jolies femmes, des laiderons, des ministres protestants, des médecins canadiens!! des pères Chartreux...!! et jusqu'au Dr Laponi le médecin du pape!

Oh! l'argent, comme le définissait si bien un philosophe: vil métal rond comme la terre et plat comme les hommes.

Chacun de ces héros prône une liqueur de son choix. Que ce soit un rhum, un gin, un cognac ou un whisky blanc, les vertus en sont reconnues universelles. Par exemple, le Péruna qui guérit le catarrhe et les cors etc. Dose: une cuillerée à thé trois ou quatre fois par jour. Il est prudent de ne pas dépasser la dose car le malade chercherait noise après, surtout s'il s'avisait de lamper toute la chopine d'un trait. Ça grise.

Pour ma part, je félicite le docteur Valade sur la belle campagne qu'il a entreprise contre les vils exploiters de la crédulité du peuple et je puis vous annoncer que l'association médicale du District d'Ottawa l'a doré et déjà choisi, pour aller, de concert avec Dr E. Aubry, porter de nouvelles plaintes auprès du ministre du revenu de l'intérieur. Il est déplorable, que notre journalisme,

à l'instar de celui de la république voisine, se soit volontiers prostitué au point de servir les intérêts du vendeur de médecines patentées et se soit constitué leur complice. Je compare avec droit, je présume, les personnages haut placés et sans vergogne qui consentent à vendre leur nom et leur signature pour servir cette réclame perverse, à ces porteurs à cinq sous qui savent danser et sonner tambour et trompette pourvu qu'on leur fourre le quart de leur valeur, en espèces, dans la culasse; et je souhaiterais qu'il nous fut possible de le faire sauter comme on fait d'un bilboquet! Mais ils ont toutes les qualités des cabotins. Ils retomberaient toujours sur pied. Si nos revues religieuses, au moins, ne subissaient pas un peu la contagion! Malheureusement, quelques-unes prouvent innocemment les vertus du vin St-Michel et du vin St-Léhon je leur passe les "*Poudres orientales*" qui perfectionnent les formes! Elles sont inoffensives, au moins, celles-ci, les seins nous en sont témoins! Oh! l'argent!...

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Je ne vous ai encore rien dit des résolutions adoptées par nos sociétaires, concernant l'opportunité d'avoir un *Bureau Central d'examineurs* dans la province de Québec.

Sur cette question, tous sans exception prirent part aux débats; et comme conclusion, je dois vous dire que les vues du Bureau médical à ce sujet sont, ici fortement appréciées et que le collège s'est acquis l'appui sincère de l'association. Les esprits sont cependant plus tendus qu'on ne croit, surtout dans les comtés riverains, Argenteuil, Ottawa et Pontiac. Les nombreuses restrictions qu'impose à notre pratique journalière le *statu quo*, nous obligent à prendre une attitude tranchée. Ceci vous expliquera pourquoi nous avons ajouté la clause IV à la résolution que je vous soumetts à la dernière page de cette correspondance.

Dès l'abord, lors de la proposition de cette clause additionnelle, j'ai cru devoir attirer de nouveau l'attention de la société sur les dangers que comporte la quatrième clause du Bill Roddick vis à vis notre autonomie provinciale en matière d'instruction secondaire. Mais, finalement, j'ai subi la contagion, et consenti à endosser le vœu général.

DISCUSSION

Dr EDOUARD AUBRY. — Nous n'avons pas sujet de craindre le bill Roddick. Il nous confèrera des droits que nous ne pourrions peut-être jamais obtenir autrement. J'entre pleinement, d'ailleurs, dans les vues de notre collègue. Essayons d'obtenir un Bureau Provincial et si ce privilège ne nous est pas octroyé immédiatement, travaillons ferme, de toutes les influences politiques possibles, en faveur du Bill Roddick et laissons crier les vaillants défenseurs d'autonomie en matière d'éducation.

Dr VALADE: Il y a quelque temps, je rencontrai sur la rue, à Ottawa, un confrère de Hull, qui m'apprit avec une larme à l'œil, qu'il venait de payer l'amende (pour avoir prodigué ses soins, dans Ontario) je le fis entrer chez moi et comme fiche de consolation, je lui fis prendre une seconde " larme " pour noyer la première et lui conseillai de travailler pour l'obtention d'un Bureau provincial d'examineurs, ou encore pour une législation fédérale dans le but d'obtenir la licence interprovinciale.

Proposé par Monsieur le Docteur E. S. Aubry, secondé par Monsieur le Docteur U. Archambault.

1 " Que tous les médecins de ce District approuvent le projet de l'établissement d'un Bureau Médical Provincial pour l'examen des candidats à la pratique de la médecine, la chirurgie et l'obstétrique dans la Province de Québec, attendu que l'existence d'un tel bureau est le moyen le plus avantageux pour garantir aux membres de la profession médicale le droit de pratiquer leur art dans toutes les provinces de la Puissance du Canada ;

2 " Que les membres de cette association reposent toute leur confiance dans le bureau des gouverneurs du Collège des médecins de la Province de Québec et le prient instamment de faire tout son possible pour obtenir des universités de cette Province leur adhésion au projet ci-haut mentionné ;

3 " Que tous les médecins présents à cette assemblée désirent ardemment que le bureau des gouverneurs prenne immédiatement cette question en sérieuse considération et saisisse dès maintenant la députation présentement en assemblée à Québec d'un projet de loi de nature à leur concéder l'objet de leur désir le plus tôt possible ;

4 " Qu'au cas où le projet de législation provinciale ci-dessus stipulé ferait défaut, les membres de cette association dans le but ardemment désiré de faire cesser le déplorable état de choses actuel qui est la cause de beaucoup d'ennuis et de désagréments pour tous leurs confrères établis dans les localités situées sur les confins de la province de Québec où une ligne géométrique seule les sépare de la province d'Ontario, se verront forcés d'accorder leur adhésion à un projet de loi fédérale tel que le comporte le Bill Roddick.

Adopté.

II. FORMATION D'UNE LIGUE ANTI-TUBERCULEUSE ET ANTI-ALCOOLIQUE DANS LA VILLE DE HULL. — Le vœu émis par les docteurs E. Dubé et Boulet, lors de notre réunion à Buckingham en janvier 1904, a trouvé sa réalisation: j'ai, par devers moi; consignée au procès verbal, la résolution du Dr Aubry, secondée par les docteurs Paquette, Baudin et Arochambault, nous annonçant la formation immédiate de cette ligue — Les vœux de l'association accompagnent cette œuvre philanthropique et dont l'urgence était reconnue depuis longtemps. Ici, M. le docteur Davies fait la remarque très-judicieuse que nous n'avons, pour nos tuberculeux, dans la province de Québec, aucun sanatorium gratuit comme la sage législation d'Ontario a su en établir sur son territoire. Notre législature provinciale qui semble en voie de réorganisation sociale, si j'en juge du moins par l'énoncé de son programme, nous concéderait, il n'y a nul doute, les mêmes avantages, dans la province de Québec; encore faut-il qu'elle connaisse nos besoins. Malheureusement il arrive très rarement que nous causions d'intérêts professionnels dans les journaux quotidiens. Nous avons souvent dans nos revues de médecines de savantes dissertations, touchant les besoins de la profession. Elles atteindraient des cœurs plus durs que ceux de nos législations; mais, ce sont autant de coups d'épée dans l'eau! — Nos revues sont privées, familiales. Nos gouvernants ne les lisent pas.

Il y aurait encore beaucoup de choses à dire, mais, il me faut arrêter ici:

Notre prochaine réunion aura lieu à Buckingham, fin de juin.

J. E. D'AMOURS.

Secrétaire-Trésorier.

PHARMACOLOGIE.

FORMULAIRE

I Nouvelle formule d'injection hypodermique associant le camphre à la caféine.
A. Claret.

A 3 cc. de glycérine pure stérilisée, ajouter 1 cc. de la solution :

Caféine	} à 0 gr. 25
Salicylate de soude.....	
Eau distillée	

Ajouter ensuite :

Alcool camphré à 1 p. 10^e, 1 gram. ou 1 cc. 25 m. s. a.

Cette solution qui se conserve limpide longtemps, renferme sous un volume de 5 cc., 25 centigr. de caféine et 10 centigr. de camphre. (Soc. de Thé. 25 oct. 1905).

In Revue intern. de Clin et de Thé. 18 déc. 05.)

II Pour ceux qui prennent difficilement l'huile de foie de morue, lorsqu'il y a indication d'en prescrire :

Emulsion d'huile de foie de morue.

1re Formule :

Huile de foie de morue (blonde).....	300 gram.
Glycérine pure à 30°.....	250 —
Gomme adragante pulv.....	10 —
Gomme arabique pulv.....	60 —
Eau distil. de laurier-cerise.....	5 —
Eau distillée.....	Q. s. p 1000 cc.

Mélanger au mortier la gomme et la glycérine, ajouter l'huile par petites quantités, puis les eaux distillées et battre énergiquement.

On peut à cette formule ajouter à volonté des hypophosphites de chaux et de soude (de 5 à 8 gr. pour 1000 cc.), ou des glycéro-phosphates de chaux et de magnésie, ou encore de la lécithine (de 10 à 15 „ pour 1000 cc.)

2e Formule :

On peut obtenir une émulsion d'huile de foie de morue en la mélangeant avec partie égale d'eau de chaux ou de saccharate de chaux.

Huile de foie de morue gâchée.

Gaïacol synthétique cristallisé.....	10 gr
Huile de foie de morue blonde.....	990 gr

Une cuillère à soupe contient environ 0 gr. 15 centigr. de gaïacol.

Huile de foie de morue iodée.

Teinture d'iode.....	17 gr.
Huile de foie de morue.....	1 litre

Une cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 02 centigr. d'iode.

On chauffe au bain-marie à combinaison complète et expulsion de l'alcool.

Huile de foie de morue phénolée.

Phénol cristallisé	4 gr.
Huile de foie de morue.....	996 gr.

Une cuillerée à soupe contient environ 0 gr. 06 centig. de phénol cristallisé.

Huile de foie de morue phosphorée.

Phosphore blanc.....	0 gr. 10 centig.
Huile de foie de morue.....	1 litre

Opérer comme pour l'huile phosphorée du Codex en supprimant l'éther.

Une cuillerée à soupe contient 1 milligr. 5 de phosphore.

Nota. — Comme correctif on peut ajouter à ces préparations des essences aromatiques : Essences d'amandes amères, de citron, d'eucalyptus, d'anis, de Wintergreen, de menthe (de v à xv gouttes par litre), ou de la vanilline dissoute dans l'alcool, ou des teintures (de canelle, de cacao, etc.), ou des alcoolats, (de citrons, etc) ou des eaux distillées (de laurier-cerise, de fleurs d'oranger, etc.). Les teintures, les alcoolats, les eaux distillées ne peuvent être employées que dans les émulsions.—
(Dr Ed. Desesquelle. *Le Bulletin Médical*, 23 décembre 1905).

BIBLIOGRAPHIE

• **Guide pour l'emploi de l'électricité en médecine.** (*Principales applications de l'électrothérapie et de la radiothérapie*), par le Dr. H. GUILLEMINOT, ancien chef du Laboratoire d'électrobiologie du professeur Ch. BOURCHARD, à l'hôpital de la Charité. Un vol. petit in-16 de 68 pages. Prix: 1 fr. 50 (G. Steinheil, édit., 2, rue Casimir-Delavigne, Paris-VIe).

Ce petit Guide s'adresse en particulier aux médecins non électriciens.

Il n'a pas la prétention de guider le médecin non électricien pour lui permettre d'appliquer à l'occasion, une forme d'électricité qu'il peut avoir à sa disposition; on n'écrit pas plus un formulaire d'électricité qu'un formulaire de chirurgie, et tous ceux qui voudraient eux-mêmes faire des applications thérapeutiques trouveraient les indications techniques dans le *Traité d'électricité médicale* du même auteur et non ici.

Le but de M. Guilleminot, en résumant en quelques lignes les principales applications de l'électricité à la médecine, est de mettre aux mains du praticien les indications nécessaires pour lui permettre de guider et renseigner les malades; de leur dire s'ils peuvent attendre un résultat heureux d'une intervention électrique. de les éclairer sommairement sur la forme du traitement qui leur sera appliquée.

L'auteur a fait précéder ce formulaire de quelques notions physiques et physiologiques qui remettront en mémoire les faits étudiés au début des études médicales, et aideront à comprendre sans peine les indications sommaires de la deuxième partie.

Traité d'Hygiène, publié en fascicules sous la direction de MM. BROUARDEL et MOSNY. Fasc. I. Atmosphères et climats, par Courmont et Lesieur. 1906, gr. in-8, 124 p., avec 2 pl. col. et 17 fig. 3 fr.

Dans ces dernières années, l'hygiène a subi des transformations profondes et a pris dans la vie sociale une importance de premier ordre. Cette nouvelle évolution nécessitait une mise au point parfaite et précise de nos connaissances en hygiène, rassemblant les dernières données de la science, montrant comment l'hygiéniste doit profiter de toutes les découvertes récentes, des modifications complètes de nos connaissances médicaux et biologiques dans les dernières années du XIXe siècle. Nuls n'étaient plus indiqués que MM. Brouardel, le grand maître de l'hygiène en France, et Mosny pour mener à bien cette tâche: leur nom est un sûr garant de la perfection de leur œuvre. Autour d'eux ils ont groupé l'élite de nos hygiénistes et de nos savants: MM. Netter, Widal.

Wurtz, Dupré, de la Faculté de Paris; Courmont et Lesieur, de Lyon; Rouget et Dopter, du Val-de-Grâce; de Launay, Leclers de Polygny, ingénieurs; Ogier, Bonjean, du Comité consultatif d'hygiène; Courtois-Suffit, médecin en chef des manufactures de l'État; L. Martin, médecin en chef de l'Institut Pasteur. C'est dire que chacun s'est réservé dans l'œuvre globale la partie pour laquelle le désignait une compétence particulière.

Par une heureuse disposition, l'ouvrage est divisé en 20 fascicules qui paraîtront mensuellement, mais sans suivre exactement l'ordre des numéros, afin d'assurer une publication plus rapide. écueil où s'étaient heurtés jusqu'à présent les grands traités de médecine publiés en gros volumes, avec des collaborateurs multiples.

Le premier fascicule, *Atmosphère et Climats* était dû à M. COURMONT, professeur, et Lesieur, agrégé de la Faculté de Lyon.

Le quatrième fascicule, consacré à l'*Hygiène alimentaire* est l'œuvre de MM. ROUGET et DOPTEK, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. C'est une des parties de l'hygiène qui intéresse le plus directement tous les médecins comme les malades. C'est une de celles sur lesquelles les recherches ont été le plus nombreuses dans ces dernières années.

Dans une première partie, MM. Rouget et Dopter étudient les divers *Aliments*: légumes, fruits, céréales, viandes, poissons, etc., lait, beurre, fromages et œufs, épices et conserves, puis les *Boissons* fermentées (vin, bière, cidre), ou distillées (alcools) et les boissons non alcooliques (café, thé, etc.). Une très longue étude est consacrée à l'*expertise* et aux *falsifications des denrées alimentaires*.

La *composition qualitative et quantitative de l'alimentation* journalière fait l'objet du chapitre suivant.

La seconde partie du volume est consacrée aux *Maladies d'origine alimentaire* et à leur *prophylaxie*: alimentation surabondante ou insuffisante, transmission alimentaires des parasites; infections et intoxications alimentaires, accidents causés par les viandes, par le lait et ses dérivés, les œufs et les végétaux.

Ce très remarquable fascicule fait bien augurer des suivants. Doivent paraître en décembre: *Le Sol et l'Eau* et en janvier: *Hygiène individuelle*.

Il faut savoir gré à MM. Brouardel et Mosny, des services qu'ils rendent par cette œuvre à la science si importante de l'hygiène.

CHIRURGIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée), par GEORGES LAURENS (t. XII du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. PAUL BERGER et HENRI HARTMANN). Un vol. in-8 gr.-jésus de 976 pages, avec 470 figures. Prix : 30 francs (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir delavigne, Paris-VI^e).

Les nombreux progrès réalisés, dans ces dernières années, par l'oto-rhino-laryngologie font que le *Traité* de Georges Laurens vient combler une lacune.

En même temps que les maladies du nez, des oreilles, du larynx et des régions avoisinantes étaient mieux étudiées, la thérapeutique opératoire, devenue plus audacieuse, voyait s'ouvrir devant elle un champ nouveau.

Les opérations sur la mastoïde, sur les sinus de la face et même les interventions intra-crâniennes pour abcès du cerveau, méningites, phlébite de la jugulaire, etc., se multipliaient. Toutes sont exposées dans le livre de Georges Laurens, qui intéressera certainement autant le chirurgien général que le spécialiste proprement dit.

La chirurgie auriculaire est très longuement exposée. Grâce aux détails si précis de la technique et à la profusion des dessins et schémas, la *thérapeutique de l'otite moyenne aiguë suppurée*, de l'otorrhée chronique et de ses complications, est rendue des plus facile. Le manuel de la *paracathèse du tympan* et des opérations sur les osselets est des plus simples. La technique de la *trépanation mastoïdienne*, ses difficultés, ses accidents sont minutieusement décrits. A signaler, parmi les chapitres intéressants les chirurgiens, l'opération de *l'évidement pétro-mastoïdien*, la *phlébite du sinus latéral* et les interventions pratiquées sur le sinus, le golfe et la *jugulaire*. L'exploration des loges cérébrale et cérébelleuse, l'ouverture des *abcès cranio-encéphaliques: extra-duraux, cérébraux, cérébelleux*, le traitement de la *méningite* sont étudiés de la façon la plus complète. La *chirurgie du nerf facial* et de sa paralysie est toute d'actualité.

La *thérapeutique des sinusites de la face* (frontales, maxillaires, ethmoïdales, sphénoïdales), conquête récente de la rhinologie chirurgicale, a été exposée avec un grand luxe de détails par l'auteur, d'après les travaux des rhinologistes français et la pratique de sa clinique.

L'opération des *polypes naso-pharyngiens*, les diverses *pharyngotomies*, l'ablation des *végétations adénoïdes* et tous les procédés d'*amygdalotomie* sont passés en revue d'une manière complète.

La chirurgie laryngo-trachéale termine l'ouvrage. Successivement sont étudiés les divers procédés opératoires: *laryngotomie*, *laryngectomie*, *résection de la trachée*, *trachéotomie*, etc. Le trai-

tement de certaines affections: abcès, corps étrangers, rétrécissements et tumeurs des voies aériennes, est exposé à part, avec des considérations très précises sur les indications et la technique opératoire. Enfin, cette dernière partie renferme un chapitre du plus haut intérêt: les *méthodes trachéoscopique et bronchoscopique*, de découverte et d'application toutes récentes.

Ce Traité a été écrit avec les documents fournis par les publications des spécialistes français et étrangers et aussi d'après les idées que l'expérience personnelle de l'auteur et ses travaux depuis dix ans ont pu lui inspirer. Il est illustré de près de 500 dessins, presque tous originaux, exécutés sous la direction de l'auteur, et de nombreux schémas, qui sont la reproduction exacte des diverses opérations pratiquées sur l'oreille, le nez, le sinus de la face et l'appareil laryngo-trachéal.

EAU DE VICHY ST-LOUIS

ANALYSE CHIMIQUE.

	No 1	No 2
Acide carbonique libre..	2.326	2.478
Bicarbonate de soude..	5.821	5.505
— de potasse..	0.889	0.240
— de magnésie..	0.082	0.252
— de strontiane..	“	“
— de chaux..	0.862	0.578
— protoxyde de fer..	0.120	0.031
Sulfate de potasse..	0.326	0.268
Phosphate de soude..	traces	traces
Arséniate de soude..	0.003	0.002
Chlorure de sodium..	0.415	0.450
— de lithium..	0.042	0.018
Silice..	0.023	0.026
	<hr/>	<hr/>
TOTAUX..	10.909	9.848
	<hr/>	<hr/>
TEMPÉRATURE..	13°5	14°

En vente dans toutes les pharmacies.