

# Le Journal de Médecine et de Chirurgie

## Montréal, Canada

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

### SOMMAIRE

#### MEMOIRES: —

Enseignement Médical: MM. Cawadias et St-Jacques . . . . .	369
Le traitement de la diathèse hemorrhagique. Arnsperger . . . . .	373
Les abcès de l'aisselle. Dilane . . . . .	374
Intérêts professionnels. Albert Laurendeau . . . . .	375

#### NOTES CLINIQUES: —

La pleurésie purulente interlobaire . . . . .	378
Méningite paratyphoïde . . . . .	379
Dé l'amaurose albuminurique chez les femmes enceintes . . . . .	380
Ulcères gastriques . . . . .	380

TABLE DES MATIÈRES pour 1910 . . . . .	381
--	-----

## Cinq secondes à la montre

Lorsqu'un médecin emploie un comprimé, il s'attend à des résultats rapides. Pour cette fin, il doit employer un comprimé soluble—c'est-à-dire qui se dissout rapidement et entièrement. Le fait de s'émettre dans l'eau n'est pas ce que l'on demande. C'est là une désagrégation, non pas une solution.



## Les comprimés hypodermiques

—DE—

**PARKE, DAVIS & CIE,**

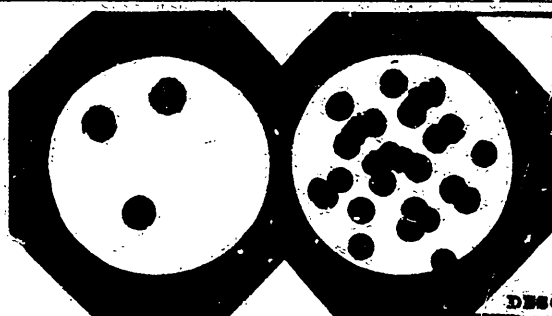
se dissolvent rapidement et entièrement. **Faites en l'essai montre en main.** Introduisez un comprimé dans une seringue à demi remplie d'eau tiède. Agitez fortement. En cinq secondes (ou moins) il sera complètement dissous.

Employez nos comprimés hypodermiques. Obtenez les résultats voulus. Obtenez-les promptement.

**Parke, Davis & Cie.**

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué.



**HÉMOGLOBINE  
DESCHIENS**

**OXYDASES, FER VITALISÉ**

**ANÉMIE, TUBERCULOSE  
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE**

**Remplace la viande crue**

**Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.**

**Vin, Granulé, Dragées (4°).**

**DESCHIENS, 8, Rue Paul-Baudry PARIS et Ph<sup>ie</sup>**

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

Cher Docteur,

Nous vous souhaitons les compliments  
de la Saison, et nous vous prions d'ajouter  
à toutes vos joies de Noël, pour vous et  
pour les vôtres, nos vœux les meilleurs  
de Bonne et Heureuse Année.

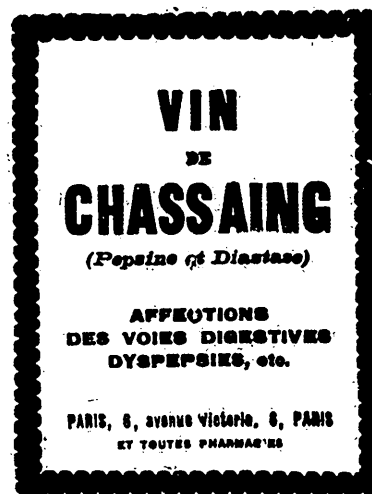
The Chas. H. Phillips Chemical Co.



**ALIMENT DES ENFANTS**

PARIS, Avenue Victoria, 6

et Pharmaciens



## Encore l'enseignement Médical

### Comparaisons.

Dans un récent article de "La Presse Médicale," M. Cawadias présentement médecin à Paris raconte ainsi ses impressions d'étudiant en Allemagne et comment on enseigne la médecine aux cliniques d'Outre-Rhin.

Écoutons le raconter.

On parle beaucoup en ce moment, dit-il, de réformes des études médicales et, en particulier, de l'introduction en France de certaines institutions allemandes, du privat-docentisme en particulier. Il nous a semblé intéressant de raconter — sans aucun parti pris — l'impression que nous a donné l'organisation des Facultés allemandes, telle que nous l'avons vue de près pendant nos deux semestres d'études à Bonn, pendant notre semestre d'Heidelberg et au cours de trois autres voyages en Allemagne.

\* \* \*

Lorsque je me suis inscrit à l'Université de Bonn, j'achevais ma première année de médecine et je fus enrôlé par conséquent parmi les "Stud. med.," les candidats au "Physicum". En effet, pendant les deux premières années, l'étudiant en médecine allemand se livre exclusivement à l'étude théorique et pratique des sciences physiques et naturelles, y compris l'anatomie et la physiologie. L'enseignement de la chimie, de la physique, de la botanique et de la zoologie se fait à la Faculté des sciences. L'étudiant en médecine suit dans les deux premières années les cours destinés aux étudiants ès sciences.

L'anatomie est enseignée par un anatomiste de profession, qui s'étend beaucoup sur l'embryologie et l'anatomie comparée et méprise complètement les applications médicales.

Il y a des exceptions à cette règle, et je citerai comme une des plus brillantes l'enseignement du professeur Fuhringer, d'Heidelberg.

La physiologie est enseignée de la même façon au point de vue biologique pur.

Pendant deux ans, l'étudiant allemand n'a aucune notion de pathologie. L'examen du Physicum, (PCN, en plus, anatomie et physiologie) qu'il passe au commencement de la 3e année, retarde de même cette étude de la pathologie.

Déjà, dès le Physicum, l'étudiant se spécialise, et en particulier en physiologie. J'ai vu ceci de très près. Le professeur Pflüger m'avait fait l'honneur de m'admettre dans son laboratoire. Là, j'ai travaillé à côté d'un autre étudiant de 2e année, comme moi, qui se spécialisait en physiologie.

Tous les matins, après le cours de physiologie, nous descendions au laboratoire qui nous était assigné. Là, le premier assistant de Pflüger nous distribuait notre ouvra-

ge. Nous avions à faire des dosages de glycogène suivant une méthode unique et bien réglée. Nos premiers pas étaient suivis soigneusement par l'assistant, notre supérieur, qui était responsable de nos analyses. Il nous demandait une précision rigoureuse — et les calculs, avec de nombreuses décimales, me font encore frémir. Admirable enseignement de méthode de travail, mais trop long.

Ainsi, dès les premiers pas, je me rendais compte des avantages et des inconvénients du système didactique allemand. Les avantages étaient du côté de la recherche scientifique. Un étudiant de 2e année commençait déjà son apprentissage de chercheur, et de nos modestes travaux, grâce à l'organisation de l'"Ecole," concurrent au but final qui était, dans l'occasion, l'article du Dictionnaire de Richet.

Les inconvénients étaient pour l'éducation médicale personnelle. Mon compagnon d'études, L. . . , spécialisé dès le début en physiologie, a persisté dans cette voie; il a étudié négligemment les autres branches de la médecine, tout en continuant à consacrer le meilleur de son temps à la physiologie. Il a ainsi arrêté son évolution médicale dès les débuts.

\* \* \*

Ma 3e année commençant, je quittai les bancs de la Faculté des sciences pour les cliniques que j'allais suivre pendant 1 an. J'étais devenu un "cand. méd."

Comme tous mes camarades, je m'inscrivis d'abord aux cliniques propédeutiques, l'une chirurgicale, l'autre médicale. L'enseignement est, en général, très bon dans ces cliniques. Le professeur Adolphe Schmidt (alors privatdocent à Bonn) nous faisait un bon exposé systématique de percussion et d'auscultation. Malheureusement, pour l'application pratique, nous manquions de malades que l'énergique privatdocent recrutait au prix de grands efforts. Il y avait un malade par leçon et une trentaine d'étudiants l'examinaient successivement.

En même temps que les cliniques propédeutiques, nous suivions les cliniques magistrales. Je prenais place, avec d'autres étudiants, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale, où, à l'heure indiquée, le professeur faisait son entrée. Les aides surveillaient le transport d'un malade qu'on plaçait sur un lit au bas des gradins de l'amphithéâtre. Le maître prenait immédiatement la liste des étudiants de dernière année, les "pratiquants", et faisait descendre un ou deux au lit du malade (dans certains cas, le praticant était admis à examiner le patient avant le commencement de la clinique). On laissait à peine quelques minutes pour cet examen à l'étudiant, dont c'était, en général, le premier contact avec un malade.

À propos du malade, le professeur interrogeait l'étudiant. Ces interrogations étaient, en général, un supplice pour le malheureux candidat. Il répondait timidement et par monosyllabes, et ni les sarcasmes du maître ni les rires de la salle ne lui étaient épargnés. Mais l'heure avance, le professeur se détourne du "Praticant" et, s'adressant aux élèves, commence l'exposé du cas. Tous

prennent fiévreusement des notes sur les souffles systoliques de la pointe, qu'ils n'entendent certes pas du dixième ou du douzième banc de l'amphithéâtre; tous suivent avec intérêt la description de crises de dyspnée, auxquelles ils n'ont jamais assisté. L'heure sonne, la leçon est terminée, les étudiants applaudissent, quittent la clinique médicale pour recommencer le même travail dans une autre clinique.

A la clinique gynécologique, le professeur, après avoir exposé d'une façon fort brillante et avec beaucoup de sens clinique le cas de la malade examinée, faisait descendre à l'amphithéâtre douze étudiants. Chacun de ces douze touchait la malade anesthésiée pour l'opération. J'avoue que les trois fois (au cours du semestre) où j'ai été autorisé à examiner ainsi une malade, je n'ai rien pu constater.

Ainsi se fait pendant les deux dernières années d'études l'éducation clinique de l'étudiant en médecine allemand. *La visite à l'hôpital, dans les salles des malades, est totalement inconnue.* Les hôpitaux sont fermés totalement aux étudiants.

L'étudiant allemand n'est pas sans s'apercevoir lui-même des lacunes d'un tel enseignement clinique. Aussi cherche-t-il par tous les moyens à entrer dans les hôpitaux pour travailler.

Au moment des vacances de Pâques ou de Noël, alors que tous les citoyens académiques quittent leur Université pour aller passer quelques jours dans leurs familles, les étudiants en médecine studieux restent dans la ville, et ceux d'entre eux qui ont le bonheur d'être dans les bonnes grâces d'un professeur sont admis comme "famulus" dans les hôpitaux. Le famulus correspond à notre stagiaire, il sait la visite de l'assistant (l'interne) et cherche par tous les moyens à entrer en contact avec le malade, à palper, à percuter, à ausculter. Il ne faut pas croire que le famulus soit récompensé amplement pour ses peines. Le professeur ignore en général sa présence, l'interne le regarde de très haut et le traite presque comme un domestique, les infirmiers et les infirmières le considèrent presque comme un intrus étranger gênant. Ils ne lui épargnent pas leur mauvaise humeur et ne lui ménagent pas les humiliations. Le famulus doit s'estimer heureux si on lui a confié un pouls à compter, une température à prendre, une injection de morphine à faire.

Et c'est pour cela qu'il est resté dans la cité des Muses déserte et triste, c'est pour cela qu'il n'assistera pas à l'arbre de Noël de sa famille et qu'il ne célébrera pas Pâques avec les siens. On ne se rend compte de l'étendue de ce sacrifice que quand on a connu l'amour de l'étudiant allemand pour la famille, pour le foyer.

L'Allemand, de par sa tournure d'esprit, n'est pas très porté vers l'étude clinique. Les difficultés qu'il rencontre pour son éducation médicale à ce point de vue le poussent de plus en plus vers la pratique du laboratoire. Là, il est admirablement servi, et on ne saurait louer assez haut l'organisation des laboratoires allemands et les facilités offertes aux travailleurs.

*L'anatomie pathologique est, parmi les branches de*

*la médecine, celle qu'on enseigne le mieux.* Les collections sont riches, les laboratoires très bien installés et ouverts largement aux travailleurs. L'inconvénient consiste en ce que l'autopsie se fait sur un malade que l'étudiant ne connaît pas en général, ou bien qu'il a à peine aperçu des hauteurs des gradins de l'amphithéâtre. L'intérêt clinique manque.

*Dans toutes les autres branches des sciences médicales (bactériologie, pharmacologie, toxicologie, etc.) l'éducation pratique du laboratoire est admirable.* De même les recherches originales sont amplement facilitées par la direction de professeurs dont le laboratoire constitue leur but principal dans l'existence, et par la collaboration de studieux camarades.

Comme on le voit, c'est entre des cliniques magistrales tout à fait théoriques, des cliniques propédeutiques plus pratiques et des études minutieuses de laboratoire que l'étudiant allemand traverse les deux ou trois dernières années de ses études. Entre temps, il a pu attraper quelques brides de pratique comme famulus pendant les vacances, il a pu voir un ou deux accouchements, — c'est dans le règlement; — mais, en somme, c'est avec un bagage tout théorique qu'il se présente aux examens définitifs. Une fois docteur, il va commencer son stage. C'est une réforme introduite en Allemagne il y a quelques années à peine. On s'est très bien aperçu que l'éducation clinique de l'étudiant allemand était insuffisante, aussi a-t-on ajouté après le doctorat une année de stage obligatoire comme "volontararzt" dans un hôpital. Le stage est court, mais il indique qu'un mouvement de réforme se dessine en Allemagne en faveur de l'éducation clinique.

Le stage d'une année terminé, l'étudiant pourra quitter l'Université et exercer la médecine s'il veut devenir médecin praticien, "praktischer arzt". Cette classe est nettement distincte en Allemagne, où jamais un médecin praticien ne devient privat-docent.

Ceux qui veulent embrasser la carrière de l'enseignement suivent une voie différente. Ils restent dans l'Université, et, s'ils ont la chance d'être protégés par un professeur, ils sont admis par lui à travailler comme assistants bénévoles dans sa clinique. Cette protection est une condition *sine qua non*, mais je me hâte d'ajouter qu'elle peut être obtenue par l'étudiant studieux qui arrive à se faire distinguer au cours de ses études, en travaillant, par exemple, beaucoup pour le professeur dans son laboratoire.

A partir de ce moment, son avancement dépend de correspondant à celles de nos externes des hôpitaux. Il attend patiemment son tour, en travaillant beaucoup et loin de toute pratique médicale, de toute clientèle.

A partir de ce moment, son avancement dépend de la volonté du professeur qui, d'ailleurs, respecte le principe de l'ancienneté; lorsqu'une place d'assistant devient libre, elle est offerte au jeune volontaire.

Les fonctions de l'assistant en Allemagne correspondent à celles de l'interne des hôpitaux, avec la différence que son rayon d'action est moins vaste, chaque assistant étant responsable d'une vingtaine ou d'une trentaine

taine de lit seulement. Suivant les cliniques, il est deuxième ou troisième assistant et est promu au fur et à mesure des vacances.

Entre temps, il a reçu du professeur l'autorisation de se présenter comme privat-docent. Pour cela, il prépare une "thèse" et il passe un examen ne comportant qu'une épreuve afférente à la spécialité pour laquelle le candidat se présente. Le professeur de cette spécialité, et sous les ordres duquel le candidat a travaillé pendant des années, est le rapporteur du concours. Ses conclusions sont adoptées aveuglément par l'Université dans l'immense majorité des cas.

Voilà notre jeune assistant privat-docent. Il a de beaucoup dépassé la trentaine, il est entré dans le corps enseignant académique, et a le droit de faire des cours payant au public; on lui permet même un commencement de clientèle.

Il est toujours sous les ordres du professeur, sans la faveur duquel il n'a ni le matériel ni même l'autorisation de faire des cours. Mais il arrive peu à peu à se détacher de cette tutelle.

Ses travaux personnels l'ont déjà fait connaître. S'il a beaucoup — beaucoup — de talent, il attire des étudiants à l'Université. Or, en Allemagne, l'ambition de toute Université est d'avoir le plus d'étudiants possible, car le nombre des élèves augmente le revenu des professeurs. Le privat-docent peut, par cela même, devenir nécessaire à l'Université.

Au bout de quelques années d'enseignement, il reçoit le titre de professeur, tout en restant privat-docent, — c'est un encouragement. Il continue à enseigner et à se faire connaître. A l'occasion d'une vacance de chaire dans une Université quelconque, il présente sa candidature et est nommé, par le vote de la Faculté, professeur extraordinaire. Ce titre lui permet une certaine indépendance, il peut réunir des élèves et les faire travailler à son tour, mais ce n'est que le jour où le vote d'une Faculté le nomme professeur ordinaire que l'indépendance complète est acquise.

Dans toute sa carrière, il a été suivi par le professeur sous les ordres duquel il a débuté. C'est lui qui obtient pour son élève le vote de ses amis.

\* \* \*

Telle est la carrière scientifique médicale allemande. Ce qu'il y a en elle de plus admirable, c'est l'organisation et la discipline.

La clinique allemande est admirablement organisée; en vue du travail, le professeur a sous ses ordres un nombre considérable de travailleurs, dont chacun exécute avec conscience la tâche assignée. Celui-ci fait les analyses chimiques, l'autre les examens histologiques, un avec conscience la tâche assignée. Celui-ci fait les cliniques, une question très spéciale se pose, question de pharmacodynamie, de toxicologie, par exemple, le professeur de cette spécialité est appelé en consultation et donne son avis après un examen minutieux fait dans

son institut. Cette organisation admirable du travail est unique au monde, et c'est à elle que nous devons ces travaux importants et systématiques qui sortent des Universités allemandes.

Par contre, l'éducation clinique est incomplète, ainsi que nous venons de le voir. Ce n'est pas en examinant rapidement cinq ou six malades au cours des cliniques, ni en restant un an seulement à l'hôpital, qu'on devient médecin.

Un autre défaut du système allemand, c'est la spécialisation à outrance. Dans l'enseignement, on devient l'élève d'un seul homme. C'est l'influence d'un seul professeur qu'on subit pendant les études, pendant les longues années d'internat et même plus tard. C'est par la faveur d'un seul professeur qu'on monte tous les grades de la hiérarchie universitaire. On comprend pourquoi l'enseignement est si incomplet au point de vue des idées et si unilatéral.

Envisageons maintenant la question délicate de l'organisation du corps enseignant.

En Allemagne, on n'apprend pas à enseigner; le privat-docent est nommé sur une thèse, et sa renommée se fait en grande partie par ses travaux personnels. Les cours allemands sont compliqués et peu méthodiques.

Les Facultés françaises sont sur ce point encore supérieures. Le concours, dont on a tant médité, oblige les candidats à l'enseignement à apprendre à bien exposer leurs idées. L'enseignement médical devient une carrière. Dans une époque où la science est si encombrée et si aride on a senti le besoin de créer une classe de médecins ayant à un haut degré l'aptitude de résumer d'une façon claire les acquisitions médicales anciennes et récentes.

C'est à cause de cette organisation que le privat-docentisme ne s'est pas acclimaté en France. Le privat-docentisme existe chez nous dans des cadres bien moins restreints qu'en Allemagne. N'importe qui peut être professeur libre à la Faculté. Le nombre des places n'est pas limité, on n'exige pas l'autorisation et la faveur d'un professeur et, grâce à cette liberté, les praticiens peuvent être professeurs libres, ce qui n'arrive pas en Allemagne.

Si les cours libres n'abondent pas et ne sont pas très suivis, c'est que l'étudiant préfère, en général, les cours bien organisés de la Faculté.

Ce qui encore ne permet pas en France le développement du privat-docentisme, c'est notre enseignement clinique. Les hôpitaux sont ouverts et même largement ouverts aux étudiants et aux praticiens qui veulent s'instruire. C'est là que se fait le gros de l'étude médicale, et les étudiants n'ont que faire des cours libres théoriques qu'on leur propose. En Allemagne, c'est différent. Les cours des privat-docent répondent à un besoin. A Bonn, un privat-docent de pédiatrie nous faisait examiner dans ses cours des malades de sa clientèle. Nous allions à "cours libre" pour voir des malades. A Paris, nous n'aurions que l'embarras du choix entre les différents hôpitaux d'enfants.

La vérité est un élément indispensable dans les rapports scientifiques internationaux. Aussi ceux qui

m'ont si bien accueilli dans les Universités d'Outre-Rhin m'excuseront-ils d'avoir dit sincèrement ce qui m'avait frappé pendant mon séjour là-bas. Je n'ai pas voulu cacher mon admiration pour la merveilleuse organisation du travail scientifique en Allemagne, mais il m'aurait été difficile de taire les grosses lacunes dans l'éducation clinique, si apparentes même à un observateur superficiel.

Nous devons d'ailleurs surtout la vérité à nous-mêmes. Au moment où on cherche à attaquer les bases de notre enseignement médical et où on cite à tort et à travers le système allemand, il nous a paru nécessaire de livrer à la publicité, à titre documentaire, ces simples impressions d'étudiant."

Ces notes nous ayant paru fort intéressantes à plusieurs points de vue, nous avons cru bon de les reproduire en y ajoutant quelques réflexions.

Tout d'abord elles ont le mérite d'avoir été vécues, puisque notre confrère Cawadias, fit un long stage aux Universités d'Outre-Rhin. De plus elles confirment singulièrement ce que nous écrivons sur le sujet ici même (voir no. du 12 nov.: Enseignement Médical en Allemagne et en France). Il ne sera pas sans intérêt de relever quelques uns des points les plus saillants de cette étude de M. Cawadias. On saisira ainsi, les particularités capitales de l'enseignement médical aux grandes Universités d'Europe.

Et tout d'abord les *matières primaires*. Notons combien l'enseignement des sciences physiques et naturelles est poussé à fond.

Chimie physique, botanique, zoologie sont enseignées *parfaitement en laboratoire*.

Il est évident que la connaissance de la biologie générale est nécessaire avant d'aborder l'anatomie et la physiologie humaine.

Remarquons *l'importance attachée à l'embryologie et l'anatomie comparée*.

Je veux croire que pour celui, à qui on ne les a jamais enseignées et qui se contente d'un train train de pratique journalière, sans jamais songer à faire quelque recherche ou publier quelque étude, ces sciences paraissent du superflu.

Pour celui-la, tout ce qui demande du travail, est d'ailleurs du superflu et de l'inutile: aussi moisit-il sur place au point de vue scientifique, et ce qui pire est, retarde-t-il tout progrès autour de lui.

Sans vouloir tomber dans l'excès contraire, je veux admettre que la surcharge de ces travaux de laboratoire pourrait en certains cas reculer plus qu'il ne faudrait l'étude de la pathologie proprement dite. Mais des deux excès, je préfère encore le trop que le pas assez de *savoir*.

Un second point que je veux particulièrement mettre en lumière, c'est la place d'honneur donnée à l'enseignement méthodique de la *propédeutique*. Il s'agit là, nous le savons, de la *méthode d'examiner un malade*: il y a propédeutique médicale et propédeutique chirurgicale. Voilà un enseignement que l'on trouve fort en honneur à l'étranger, et qu'il y aurait avantage à voir complètement et méthodiquement organisé chez nous. Nous nous plaignons à le reconnaître cet enseignement se donne chez nous, mais non pas systématiquement, ni complètement, comme c'est la seule manière de le rendre vraiment pratique et profitable. Cet enseignement qu'il serait si facile d'organiser et donner, est tellement avantageux pour les étudiants! Connaissant bien à l'avance les méthodes d'examen des différents systèmes, au courant des caractéristiques d'une respiration et des bruits cardiaques normaux, etc., ils arriveraient ainsi bien préparés à l'étude pratique de la pathologie clinique.

Ajouterons-nous que cet enseignement élémentaire mais important, qui pourrait être donné par des jeunes, serait ainsi un excellent moyen de les préparer à des fonctions plus difficiles et de les stimuler au travail.

L'on verrait ainsi à l'oeuvre un groupe, une pléiade de jeunes; ce serait un *laboratoire de formation* et la Faculté aurait ainsi là une *pépinière de recrutement*.

Le talent, le travail, la facilité et la clarté d'exposition, la tenacité à l'effort, la productivité de recherches cliniques et d'observations pathologiques, la valeur en un mot, s'y dessineraient et indiqueraient les meilleurs candidats aux vacances supérieures.

Ce n'est que par un entraînement de longue main que l'on arrivera à recruter un corps d'agrégés encore supérieurs, car je tiens pour acquis qu'il faut toujours tendre à mieux: "*Semper altius*", — un corps d'agrégés, dis-je, qui, par une valeur réelle, fruit d'une longue et méthodique formation et une productivité scientifique justement appréciée, seraient un légitime orgueil pour la Faculté.

Il faut le reconnaître notre corps d'agrégés est loin de réaliser, et encore moins de remplir pleinement ses devoirs vis-à-vis la Faculté, vis-à-vis notre Université Nationale.

Non seulement les sciences physiques et naturelles tiennent large place au programme européen, mais leur enseignement pratique est aussi parfait qu'il est possible, puisqu'il est donné en laboratoire. Les exercices pratiques sont répétées par les élèves, après le cours théorique et les démonstrations du professeur. Bactériologie, toxicologie, pharmacologie, etc., tout y est pratiquement étudié par les élèves. M. Cawadias insiste sur la perfection d'installation des

## LABORATOIRES

aux Universités d'Allemagne.

Nous avons de même dit toute l'excellence des mé-

Essence de Pepsine—*Fairchild*

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

Essence de Pepsine—*Fairchild*

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

*Fairchild Bros & Foster*  
NEW YORK

Agents pour le Canada  
*Holden & Compagnie, Montreal*

**No se vendent pas au Détail.**

*Blancard's* **INALTERABLES** **CHLOROSE** **ASSIMILABLES** *Blancard's*  
**PILULES** **SIROP**  
**ANEMIE** **BLANCARD** **LEUCORRHEE**  
EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.  
PARIS, Rue Bonaparte, 40.  
**SCROFULE** **FER**  
Refuser les Imitations dangereuses.  
Refuser les Similaires inefficaces.

**Le plus Puissant Reconstituant général -**

**HISTOGENOL**

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).  
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique :  
**TUBERCULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANEMIE, NEURASTHENIE, ASTHME, DIABETE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.**

**Naline**

FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.  
Echantillons : S'adr. Laboratoires A. NALINE, P<sup>l</sup> à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

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

**AFFECTIONS HÉPATIQUES**

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie  
Coliques hépatiques  
Ictère

**GRANULES TITRÉS de**  
**BOLDINE HOUDÉ**

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

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

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

**BOLDOINE ÉPARVIER**

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS  
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulee — Non Alcoolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT-TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUEILLÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

**PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)**

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

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

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

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1ère classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)

**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites  
Angines, Diphtérie  
Toux nerveuses  
Picotements

**PASTILLES HOUDÉ**  
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

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

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

**CAPSULES DARTOIS**

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

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

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



thodes allemandes sur ce point, et de fait leur supériorité est sans conteste à ce point de vue.

Mais là où les méthodes françaises reprennent l'avantage c'est pour

### L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Pour qui a vu sur place tant en Allemagne qu'en France, et mieux encore a suivi les cliniques des maîtres rivaux, il ne saurait y avoir de doute que "le système français pour l'enseignement clinique est le meilleur."

Il met l'élève en contact journalier avec le malade, lui montre les méthodes d'examen personnellement et directement sur le malade, enfin lui permet de suivre chaque jour de l'oeil, de l'oreille et du doigt l'évolution de la maladie. C'est dire qu'il est pratique, tandis qu'aux cliniques d'Outre Rhin, l'enseignement de la pathologie est surtout théorique.

Il est encore d'autres traits particuliers à chacun des deux pays. Du fait que pour arriver privat-docent il faut de nécessité le patronage et le bon vouloir d'un chef de service, membre du Conseil de la Faculté, groupe autour des professeurs Allemands tout une phalange d'aspirants, qui travaillent dans l'intérêt du maître et sous sa direction: ses assistants sont ses chercheurs, ses scribes, ses collaborateurs. En France au contraire, du fait que les positions de chef de clinique, de démonstrateur, d'agrégé ne s'obtiennent qu'au concours, les assistants sont moins servils, plus libres, et partant peuvent-ils donner plus libre carrière à leurs inclinations individuelles et atteindre ainsi à une individualité, à une personnalité plus évidente.

De plus les longues années d'entraînement et les concours répétés que doivent subir les aspirants à l'agrégation et au professorat créent nécessairement une élite de toute première valeur, qui n'a pas son égale ailleurs au monde, comme perfection didactique.

EUG. ST JACQUES.

## Pratique Médicale

### Le traitement de la diathèse hémorragique

Dans une clinique récente, le Pr. Arnsperger, de Heidelberg (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1910, no. 24), réunit l'ensemble des traitements utilisés dans l'hémophilie, le scorbut, le purpura et la périose rhumatismale. Ces traitements doivent viser à prophylaxie des hémorragies.

Au cours de l'hémophilie, le régime lacté est souvent couronné de succès, il semble agir par l'action de ses sels de chaux. On sait, en effet, que les sels de chaux acti-

vent le fibrinoférent et facilitent la formation de la thrombine aux dépens de la prothrombine. En plus du régime lacté, il est indiqué de prescrire soit du chlorure de calcium desséché à raison de 0,2 par année d'âge jusqu'à 4 grammes par jour, ou bien du lactate de calcium à la dose de 3 à 6 grammes par jour en solution aqueuse prise après le repas pendant 2 à 3 jours. La gélatine sera associée à ce traitement calcique, on la donnera à la dose journalière de 20 à 30 grammes par la bouche ou de 15 grammes en lavement. L'injection sous-cutanée de sérum de cheval suivant les indications fixées par P.-E. Weil constituera un des éléments importants de la thérapeutique. D'après Weil, on peut injecter 15 centimètres cubes de sérum frais intraveineux, ou mieux 30 centimètres cubes par la voie sous-cutanée. Le sérum peut provenir de l'homme, du cheval, du lapin, être du sérum antidiphthérique et antistreptococcique sans le moindre inconvénient. Les injections seront répétées à longs intervalles et chez l'enfant il est indiqué de n'utiliser que des demi-doses. Ce traitement sérique est rapidement couronné de succès quand il s'agit d'hémophile sporadique, il se montre moins actif dans les formes familiales.

Le traitement des hémorragies comprendra différentes manoeuvres: immobilisation du membre, élévation de la région qui saigne, tamponnement à la gélatine à 10 p. c., stérilisé à 120°, ou bien avec une solution de chlorure de calcium à 10 pour 30, d'adrénaline au 1-1000, ou encore avec du sérum. Il convient de joindre à ces solutions hémostatiques locales l'eau oxygénée. On fera immédiatement une injection sous-cutanée, ou mieux intramusculaire, de 10 à 20 centimètres cubes d'une solution de gélatine stérilisée à 120°, en un liquide isotonique.

Si l'hémorragie se produit dans une articulation, en plus du traitement général on recommandera le repos, la compression, la glace, plus tard le massage avec mouvements passifs. La ponction évacuatrice ne sera réservée qu'aux cas très douloureux.

Dans le scorbut, le régime alimentaire sera particulièrement surveillé. L'administration de légumes frais, en particulier des carottes, de la salade, des fruits, du jus de citron, de la viande fraîche, du lait frais, constitue la base du traitement. Comme médicaments on pourra utiliser le tannin, la gentiane, et les acides minéraux.

Les hémorragies seront traitées par les styptiques, l'ergotine et les injections intra-musculaires de gélatine de 20 à 40 cc., d'une solution à 10 p. c. stérilisée à 120°. Si l'hémorragie est d'origine dentaire, on recommandera les lavages de la bouche à l'eau oxygénée et même avec une solution de permanganate de potasse. On pratiquera un pinceautage de la muqueuse saignante avec du nitrate d'argent, de la teinture de ratanhia, ou avec une solution aqueuse d'acide bromhydrique à 5 p. c.

Dans la maladie de Barlow (scorbut infantile) un changement dans l'alimentation s'impose (alimentation au sein, ou au lait de vache frais non stérilisé). Chez l'enfant

plus âgé, administration de fruits, de légumes frais et suc de viande pressée.

Contre le *purpura*, les indications varient suivant la forme. Cependant comme règle générale, on recommandera le repos au lit, la diète lactée, et au besoin l'administration quotidienne de 6 à 8 citrons. En cas d'hémorragie, on peut prescrire de l'extrait fluide d'hydrastis canadiens (20 à 30 gouttes toutes les deux heures), de l'extrait fluide d'hamanélis trois fois par jour, une demi-cuillerée à café), du chlorure de calcium (0,2 par année d'âge, trois fois par jour, jusqu'à 4 gr. par jour), de la gélatine à l'intérieur. Toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'une solution à 4 p. c.; en lavement, quatre fois par jour 50 cc. d'une solution à 6 p. c.; en injections intra-musculaires 20 cc. d'une solution à 10 p. c. Dans les cas graves il est indiqué de faire prendre de l'adrénaline en injection sous-cutanée (1 mmgr. d'adrénaline par jour jusqu'à 5 ou 6 mmgr.), et d'y joindre le traitement sérique. Si le purpura est hémorragique, la thérapeutique doit être énergique. En cas d'hématémèses, alimentation liquide, applications de glace, opium ou morphine, et gélatine à l'intérieur. En cas d'épistaxis, tamponnement des fosses nasales. Si les cas de récédive sont fréquents, traitement salicylé prolongé, arsenic, fer, nourriture substantielle et cure d'air.

## Pratique Chirurgicale

### Les abcès de l'aisselle

Par le docteur M. Dilane.

Les abcès de l'aisselle ont le plus souvent pour point de départ une des nombreuses glandes sudoripares qui occupent la région ou bien encore les ganglions lymphatiques. Ce sont, en réalité, des adénites ou des adénophelgmons.

Et comme les glandes sudoripares sont situées sous la peau tandis que les ganglions lymphatiques siègent sous l'aponévrose, il en résulte la distinction clinique en abcès *sous-cutanés* et *sous-aponévrotiques*.

Le diagnostic est facile entre ces deux variétés.

L'inflammation sous-cutanée donne un relief à la peau. On saisit entre les doigts l'abcès aussi facilement qu'un corps étranger. Souvent on en trouve plusieurs les uns à côté des autres et qui, n'étant pas arrivés à la même période de leur évolution, s'ouvrent d'eux-mêmes les uns après les autres. Comme les abcès sont peu douloureux et peu gênants, il est inutile de les ouvrir chirurgicalement; on place sur eux un pansement humide à l'anios (solution à 2. p. 100) et souvent on les voit rétro-céder. Quand ils s'ouvrent à l'extérieur, les mêmes pansements aboutissent à une amélioration rapide, grâce à

l'action germicide et cicatrisante de l'oxygène naissant produit sans interruption par l'anios.

Les abcès sous-aponévrotiques sont plus profonds, on les sent au toucher, mais il ne sont pas visibles. La peau glisse à leur surface et quand elle y adhère c'est que le pus existe et tend à s'ouvrir extérieurement.

Ces lésions causées presque toujours par une piqûre des doigts ou de la main s'accompagnent de phénomènes généraux souvent intenses qui démontrent une réelle septicité.

Dans un grand nombre de cas, heureusement, l'atmosphère cellulaire périganglionnaire est seule affectée et l'abcès reste circonscrit. Mais parfois l'aisselle, remplie par du tissu cellulaire, subit une large diffusion inflammatoire et le creux axillaire peut être envahi et tout entier occupé par le pus. Les vaisseaux et les nerfs sont dénudés, comme disséqués, et baignent dans le liquide purulent et parfois la paroi thoracique est décollée.

Dans de telles conditions, l'abcès sous-aponévrotique peut entraîner la mort.

On doit aller à la recherche du pus, et aussitôt que la palpation montre qu'il se collecte, on ouvre prudemment. La grande question est de *désinfecter énergiquement* le foyer purulent. On place donc un drain et à travers ce drain on fait passer à chaque pansement un litre environ de la solution à 2. p. 100 d'anios médicinal. Par ce moyen on détruit les germes, on fluidifie la purulence, on la diminue et sans avoir à craindre le moindre trouble toxique pour l'organisme, ou caustique sur la paroi des vaisseaux. Le sublimé, l'acide phénique, l'eau oxygénée seraient dangereux dans ce cas et il ne faut pas les employer. On rapproche ensuite le bras du tronc pour faciliter l'accolement des parois de l'incision et empêcher une fistule consécutive.

Une médication reconstituante arseniée et phosphatée devra être instituée ensuite afin de remonter l'état général affaibli et anémié par cette purulence.

In Gaz. des Hôpitaux.



## Conférence

Faite par M. le Dr ALBERT LAURENDEAU, de St-Gabriel de Brandon, à l'Assemblée du 12 courant, aux membres de l'Association Médicale de Joliette

### INTERETS PROFESSIONNELS

*Nos sociétés médicales. La loi médicale. (1).*

Monsieur le Président, Messieurs,

Nos sociétés médicales se meurent — et sauf quelques unes qui ont fait leurs dents, qui ont dépassé l'âge critique, les autres, c'est-à-dire la plupart s'éteignent d'inanition, d'athrepsie. Depuis quelque cinq ou six ans, il s'est formé dans notre province autant de sociétés médicales qu'il y a de district; mais il en est de nos sociétés comme de notre race: la natalité est considérable mais la mortalité est abominable. Pourquoi naissent-elles dans des conditions de viabilité, puis dépérissent-elles lentement, quand la mort n'est pas subite? D'où vient cette morbidité précoce?

Cela provient de notre apathie, de notre incurie, de notre mentalité professionnelle.

Deux causes à mon sens expliquent le triste état de notre profession dans la province: 1<sup>e</sup>. l'encombrement professionnel, puis 2<sup>e</sup>. notre formation normale intellectuelle et scientifique.

L'encombrement est tel, qu'un quart, sinon un tiers de nos médecins sont obligés d'ajouter un négoce quand ce n'est pas un métier, à leur art, pour subvenir à leurs besoins personnels, aux nécessités de la famille. Je suppose qu'il en est ailleurs comme dans mon district et voici ce que j'y relève:

A l'Assomption, l'un de nos centres le plus ancien et le plus riche, un médecin est régistrateur, un second maître de poste, et le troisième s'occupe d'industrie locale; à Joliette, des deux doyens l'un tient un commerce de ferronnerie, l'autre est shérif; à Berthier, un fait de la pharmacie, un autre est secrétaire du Conseil de comté; à St Esprit un confrère qui occupe une position professionnelle marquante exploite un bureau de poste et un bureau de téléphone; à St Gabriel de Brandon, deux se font une rude concurrence dans le commerce de pharmacie et moi-même pendant longtemps, j'ai tenu un comptoir d'escompte. Voilà pour les petites villes, les principaux centres de mon district; mais combien dans les campagnes, dans les centres ruraux, s'occupent de culture maraîchère, d'élevage d'animaux domestiques ou d'agriculture générale. Pour se créer un petit pécule, je connais quelques femmes de médecin qui tiennent maison de pension. Je sais un médecin de mon voisinage, dont le maquignonage de chevaux lui rapporte le plus clair de son revenu.

Pourquoi nos hommes de profession sont-ils obligés de faire du négoce, du métier, de travailler à côté de leur état? Je l'ai dit: à cause de la pléthore professionnelle. Pensez-vous que, si chaque médecin touchait deux à trois mille dollars de sa clientèle, il en est beaucoup qui seraient tentés de négliger leur profession? Et ce qui est triste à constater, c'est que le prix des visites et des ordonnances s'avili, à mesure que la compétition devient plus âpre; c'est que la misère crée des brèches au code de déontologie et ce qui est plus désespérant encore c'est que plusieurs parmi les mieux doués fuient la médecine, comme je l'ai démontré plus haut; — c'est là le vrai "struggle for life" de Darwin c'est là l'application de la loi de Malthus.

Après avoir consulté nombre de confrères, j'ai constaté que dans les centres ruraux, déduction faite de l'achat des médicaments, et de toutes dépenses inhérentes à l'état du médecin, la clientèle rapportait à celui-ci en moyenne sept à huit cents dollars annuellement; et dans les petites villes douze à quinze cents. Tandis qu'à côté de ces fortunés, il en est qui végètent "noirement". Les maçons, les plâtriers, les briquetiers, les artisans, les commis, les employés des voies ferrées etc., sont mieux rétribués.

Dans ces conditions, vous comprendrez facilement Messieurs, qu'il faut qu'un médecin ait la rage de la science, pour oublier ses soucis, sa pénurie, la faim de son ventre, et se mettre de tout coeur à l'étude des infolios, ou pour préparer des mémoires, des conférences pour sa société médicale. La poursuite du pain matériel qui lui est distribué avec tant de parcimonie, finit par atrophier ses organes intellectuels, puis ceux-ci perdent la faculté de digérer le pain de la science.

Tels sont, Messieurs, les résultats de l'encombrement dont nous avons souffert jusqu'à maintenant.

Je suis heureux toutefois de vous annoncer que nous avons trouvé la solution de ce problème. Nous ne pouvons pas traiter cette affection, cette pléthore, par des soustractions d'éléments vitaux et vous en comprendrez sans doute la raison organique. Sans doute que ce traitement n'est pas la *thérapie stérilisans magna*; notre médication sera lente, mais sûre toutefois. Ce spécifique réside dans notre dernière loi médicale. Depuis que la section qui traite du curriculum des études médicales est exécutoire, le nombre d'inscription d'étudiants en médecine est tombée, au McGill de quatre ving-trois en 1909 à soixante-six en 1910. A l'Université Laval de Montréal il y eut trente et un étudiants d'inscrits il y a deux ans, trente-sept il y a un an et quatorze seulement cette année. Quant à Québec je n'ai pu pénétrer sous le voile de

(1) Nous avons cru à propos de publier cette correspondance bien que nous ne partagions pas toutes les vues de l'auteur, parce que d'abord notre journal est une tribune libre; — parce que nous approuvons plusieurs des propositions qui y sont énoncées; parce qu'enfin elle dénote un esprit actif, chercheur et, croyons-nous, anxieux de l'avancement de notre groupement professionnel. — N.D. L.R.

l'Université Laval, mais il y a lieu de supposer que la réduction est dans la même proportion. En somme donc, il y a une diminution de trente à quarante par cent sur la moyenne des deux ou trois dernières années: ce chiffre est un argument brutal qui ne comporte pas de réplique. Je constate donc avec satisfaction, que notre loi atteint le double but que nous avions en vue; relever la qualité et abaisser la quantité des disciples d'Hypocrate dans notre province. Escomptons donc l'avenir et ne doutons pas que la génération qui va nous succéder sera mieux partagée que la nôtre.

Dans un autre ordre, si vous jetez un coup d'oeil sur notre état actuel, vous conviendrez que nous sommes dans une triste position morale et scientifique. A quoi cela tient-il? je l'ai dit déjà; à notre formation classique et universitaire. Comparativement à notre population, nous avons trop de collèges classiques et pas assez d'écoles techniques, polytechniques, industrielles, commerciales et agricoles. Disons toutefois, que le gouvernement semble avoir saisi cette lacune et qu'il fait un effort louable en ce sens. L'énorme quantité de philosophes que nos collèges classiques déballent chaque année, que voulez-vous qu'ils fassent sinon des prêtres ou des hommes de profession? Pendant que dans notre jeune pays, sur notre terre aux trois quarts vierge, nos mines, nos industries, notre commerce, nos grandes affaires sont accaparées par des étrangers qui font fortune, nous peinons, nous nous décourageons puis nous nous effaçons.

En plus, nous sommes apathiques, indolents, paresseux; nous n'aimons pas la science; nous fuyons le travail, nous évitons l'effort. Mais cela n'est pas étonnant, car dans notre toute jeunesse, l'on nous a enseigné que la terre était un pénitencier, l'homme un forçat et le travail une punition: "tu gagneras ton pain à la sueur de ton front" est la sentence que l'homme a subie en quittant le jardin du bonheur et de l'oisiveté. Au lieu d'honorer, d'annobler, de glorifier le travail, on l'a dégradé, déshonoré; au lieu d'en faire le levier du bonheur, le but de la vie, on l'a couvert d'infamie, on l'a imposé comme une affliction.

Puis nous n'aimons pas la science, parce qu'on ne nous a jamais montré sa valeur, son mérite, sa beauté. De la science, nous ne connaissons que la théorie sèche; au lieu de nous l'enseigner dans ses résultats pratiques par des leçons de choses, tout le long de notre jeunesse nous n'avons entendu que le bruissement de leçons théoriques. Aussi une fois finies la scolarité, la tâche, la peine disciplinaire, nous nous sommes servis de la médecine comme un outil dont il a été beaucoup question mais que nous savons peu manier. En fait de choses pratiques, de laboratoires de chimie biologique, de physique, de biologie, de microscopie, de bactériologie, d'histologie, de physiothérapie, de thérapeutique appliquée, lorsque nous sortons de la faculté seule notre suffisance égale notre ignorance. Oh! s'il s'agit par exemple de discerner sur la pathologie interne, sur l'effet théorique de tel médicament donné, nous y allons à perte de vue. Nous avons fait de la médecine à l'école, comme nous

avons fait de la philosophie au collège. Et une fois lancé dans le monde, avec le bagage que je viens de décrire, heureux sont ceux qui n'ont pas versé dans le scepticisme ou le charlatanisme.

Que faire donc pour éveiller les curiosités, stimuler les cerveaux, modifier les mentalités?

La première chose à faire à mon sens, est de créer par toute la province un courant de solidarité professionnelle. — solidarité à la fois matérielle et scientifique.

Il y a quelques années, les esprits dirigeants de chaque district, animés d'un zèle... je dirais volontiers apostolique, ont fondé de nombreuses sociétés médicales, mais malheureusement ces syndicats ont périclité, se sont étiolés comme je le disais au début de cette conférence. La plupart de ces sociétés ont jeté un peu d'clat à leur naissance, mais dès que les questions d'intérêts professionnels, de tarif surtout furent réglées, dès qu'on eût passé l'éponge sur quelques saletés familiales, il semble que l'on n'eût point d'autre objectif; au delà de ces petits intérêts, l'on ne voit rien; telles sont les bornes de notre horizon.

Cependant, la société médicale est le facteur nécessaire au relèvement de la profession, j'en ai la ferme conviction. Pour obtenir ce résultat de la société médicale, il faut à mon sens, lui donner une bonne constitution, puis lui créer un objet d'intérêt permanent. Alors et avec le temps elle finira peut-être par développer des ambitions, des appétits scientifiques par modifier notre mentalité, tout en protégeant nos intérêts matériels.

Ayant en vue cette fin, à la dernière réunion du Bureau des gouverneurs, j'ai soumis à cet Corporation la proposition suivante, qui a été bien accueillie par mes collègues, puisqu'elle a été adoptée sans division:

Proposé par le Dr A. Laurendeau secondé par le Dr A. Plante: —

Que la Commission de Législation s'abouche avec les diverses sociétés médicales de la province, aux fins d'élaborer un projet de loi incorporant les dites sociétés médicales et que le Bureau médical soit chargé des dépenses nécessaires à la passation du dit acte:

Entr'autres attributions conférées aux susdites sociétés médicales par le dit projet d'acte le Bureau verra d'un bon oeil, les privilèges suivants leur être accordés:

Le droit de poursuivre les rebouteurs et charlatans;

Le droit de faire des tarifs légaux s'appliquant à leurs district respectifs:

Le droit de fonder une caisse d'assurances et de secours mutuels pour ses membres nécessiteux ou malades.

Comme suite à cette résolution, la Commission de Législation s'est réunie le 24 octobre pour prendre en considération un projet de loi sommaire que j'ai eu l'honneur de lui soumettre et dont voici la teneur: —

"Objet de la loi: l'instruction et la protection des membres de la profession médicale.

LOI: —

10. Lorsque cinq médecins d'un district électoral médical feront une déclaration (au secrétaire provincial, — ou au greffe) que c'est leur intention de se prévaloir de

cet acte, ils seront constitués en société ayant tous les privilèges accordés par la présente loi.

20. Chaque société médicale créée par cet acte est composée des médecins de chaque district électoral médical, qui y donneront leur adhésion. Il sera loisible toutefois, à deux sociétés ainsi constituées, de se joindre en une seule, à la majorité des membres de chacune des susdites sociétés, après en avoir fait la déclaration (au secrétaire provincial ou au greffe).

30. Chaque société médicale est autorisée : —

a. A posséder des meubles et immeubles jusqu'à concurrence de \$                    à recevoir par don ou autrement, à acquérir, à vendre, et à disposer de ses fonds comme elle l'entendra, au meilleur de ses intérêts soit pour l'achat de bibliothèque, de laboratoire;

b. Imposer une contribution annuelle à chacun de ses membres;

c. A faire des tarifs médicaux maximums et minimums, qui lieront moralement ses membres;

d. A poursuivre les rebouteurs et charlatans;

40. Chaque société se nomme un président, un vice-président, un secrétaire, un trésorier, et autant d'officiers et de commissions qu'elle jugera à propos dans son intérêt;

50. Chaque société a droit de faire des règlements pour fixer la date et le lieu de ses réunions, pour définir sa régie interne, et pour tout objet quelconque conforme à la présente loi;

60. Il est constitué un syndicat central médical, composé de deux médecins de chaque district, délégués par chacune des sociétés médicales;

70. Le syndicat central est autorisé :

a. A posséder, vendre, acquérir, recevoir, disposer et des meubles et immeubles jusqu'à concurrence de \$

b. A faire des règlements généraux s'appliquant aux diverses sociétés médicales dans l'intérêt de la profession, pourvu que ces règlements ne soient pas en opposition avec les lois et règlements du Collège des médecins;

c. A faire des règlements pour sa régie interne : nominations d'officiers, de commissions, etc., en rapport avec les articles suivants.

80. Le syndicat central est autorisé à créer une caisse de secours pour ses membres malades ou subissant quelque incapacité personnelle; de même qu'une assurance au décès (Les détails de cette assurance devront être développés dans la loi).

\* \* \*

Dans l'esprit du promoteur de ce projet, la profession bénéficierait des avantages suivants, par l'adoption de l'acte ci-dessus : —

10. Développer le goût de l'instruction, augmenter la somme de connaissances scientifiques des médecins de la province;

20. Protéger nos intérêts professionnels;

30. Développer l'esprit de corps, de solidarité des membres de la profession;

40. Action et direction communes, chaque fois que l'intérêt scientifiques ou matériel des membres de la profession l'exigera;

50. Partant, augmenter notre influence légitime auprès des pouvoirs des autorités.

La Commission de Législation, après avoir pris connaissance de ce projet et l'avoir étudié, a résolu de le soumettre aux diverses sociétés médicales de la province; il appartient donc à ces dernières d'en faire l'étude, la critique, puis de transmettre leurs vœux respectifs à la Commission de Législation.

\* \* \*

Messieurs,

Ce projet de loi est le complément de l'acte médical. Celui-ci a surtout en vue les droits et privilèges de la profession; c'est-à-dire avant tout, nos intérêts matériels; l'autre, la loi projetée, vise surtout à l'amélioration de notre instruction scientifique, de notre éducation professionnelle; toutes deux concourent donc à notre avancement social. C'est ce que le Bureau des gouverneurs a bien saisi, puisqu'il a adopté le principe de ce projet à l'unanimité. Seul l'un de ses membres a fait quelques remarques tendancieuses, mais c'est peut-être qu'il n'a pas saisi toute la portée de cette mesure. Ce que le promoteur de cette loi désire, c'est de donner des bases solides à nos sociétés qui chancellent après avoir pris l'avis de chacune.

L'on a dit par ailleurs, que les sociétés médicales peuvent se faire incorporer si elles le désirent; — l'on a oublié sans doute que seules, une couple ont les moyens de faire ces démarches. Serait-ce que l'assistance du Bureau offusquerait certaines susceptibilités? Il me semble pourtant, qu'il n'y a pas bien des années, que les sociétés par leurs représentants respectifs arrachaient au Bureau une promesse, en vertu de laquelle une distribution de secours devait leur être faite, sous forme de deniers luisants, c'est-à-dire sous la forme la plus matérielle, la moins détournée. Mais ce serait de la susceptibilité exagérée que de feindre de l'humiliation du fait que le Bureau fournirait les fonds nécessaires à l'incorporation de nos sociétés. Le bureau est le protecteur naturel de la profession et ce seul titre le justifierait d'intervenir dans cette question d'intérêt général, — puis, les fonds du Bureau sont nos fonds à nous, puisés chez nous tous, ce qui fait que les sociétés prenant les fonds du Bureau ne vont pas chez le voisin, mais ne font qu'un virement des fonds de la communauté; — enfin, ceux qui sur ce chapitre auraient l'épiderme trop mince, pourraient accepter ces débours comme prêt, quitte à faire faire remise par les sociétés plus tard, quand la fortune leur aura souri. Si j'appuie sur cette objection de pure sentimentalité, c'est que nous, Canadiens-français, notre tempérament nous entraîne souvent hors de la bonne voie, quand raisonnent à nos oreilles des arguments qui visent notre amour-propre, notre honneur chevaleresque, notre susceptibilité quasi malade.

C'est alors que le cœur se fait des raisons que l'on ne permet pas à la raison d'examiner, c'est alors que l'on s'emballe, puis que l'on chambarde.

Mais une objection d'un autre ordre paraît plus sérieuse: l'on craint que nos sociétés prennent trop d'importance, trop d'autorité,—deviennent un petit état dans l'état, au détriment, au grand danger du Bureau.

Ce danger pourrait certainement exister, si les chartes des deux institutions étaient mal faites— mais la charte du Bureau est limitée et bien définie; il ne s'agit alors que de donner aux sociétés une charte qui n'empiète pas sur le domaine des gouverneurs. Le Bureau s'occupe surtout de nos intérêts matériels: c'est en quelque sorte un gouvernement exécutif; tandis que nos sociétés devront avoir en vue, surtout nos intérêts scientifiques et éducationnels. Tout au plus, pourront-elles s'occuper d'intérêts secondaires, d'ordre tout à fait local. Dans ces conditions, bien loin de prévoir des conflits, de l'antagonisme, je crois plutôt à l'union, au synergisme de ces deux institutions; toutes deux vivront et se développeront en symbiose, si je puis me servir de cette figure.

Dire que le syndicat projeté deviendra la proie "de quelques meneurs, de quelques agités," comme un confrère l'a écrit, c'est là un argument basé sur le préjugé et je crois sur le mauvais préjugé; cette prédiction s'accomplirait-elle provisoirement, que cela ne changerait en rien ma manière de voir. Mais tous les gouvernements, le Bureau même, ont été parfois momentanément aux mains "de meneurs, d'agités," d'exploiteurs même, et a-t-on songé jamais à les supprimer de ce fait: ce serait là un acte anarchiste. De plus, il me semble que l'idée de mon confrère est blessante en elle-même, sans même en faire l'application aux personnalités; elle est l'indice d'une mauvaise mentalité, elle synthétise peut-être un état d'esprit trop répandu dans notre province: l'on est trop égalitaire; l'on craint tellement que l'un de nous dépasse, ne fut-ce que de la tête, la moyenne du troupeau, qu'on le menace de la guillotine avant qu'il ait commis le crime de chercher à s'élever.

## Notes Cliniques

### LA PLEURESIE PURULENTE INTERLOBAIRE METAPNEUMONIQUE.

M. le médecin-major Gary a publié dans les *Archives de médecine militaire* (octobre 1910) trois cas de pleurésie interlobaire consécutive à une pneumonie et est entré à ce sujet dans des considérations de pratique intéressantes.

Il s'est agi, dans ces trois cas, d'une pleurésie purulente interlobaire "métapneumonique", qu'il ne faut pas confondre avec cette pleurésie contemporaine de la pneumonie, évoluant parallèlement avec elle, appelée la pleu-

résie "parapneumonique", que M. le Prof. Lemoine, de Lille, a bien étudiée.

Leur principal caractère différentiel est ici nettement accusé. Il est en effet exceptionnel, ainsi que le Dr Delezenne l'a relevé sur plus de 120 observations, de voir l'épanchement "séreux" de la pleurésie "parapneumonique" devenir purulent.

Cette différence est assez difficile à expliquer: il est vraisemblable qu'il y a là une question de terrain, car l'une et l'autre sont dues au pneumocoque. Seulement la pleurésie qui est contemporaine de la pneumonie frappe un organisme encore plein de résistance; celle qui est consécutive atteint un malade déjà fortement débilité et dont la force de résistance est déjà compromise.

Quoi qu'il en soit, c'est généralement de 2 à 4 semaines après la défervescence, quelquefois une semaine seulement que se produit cette pleurésie métapneumococcique. Mais son diagnostic à ce moment est extrêmement difficile.

A l'examen, on constate, en arrière, à droite ou à gauche, une "zone de matité" plus ou moins prononcée à limites imprécises, au niveau de laquelle les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire ont plus ou moins disparu. Mais on chercherait en vain, avec leur netteté habituelle, la matité avec sa courbe parabolique, la disparition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, le souffle expiratoire, l'égophonie, la pectoriloquie aphone, les frottements-râles des épanchements pleuraux de la grande cavité. Ces signes classiques sont toujours plus ou moins altérés et modifiés par la présence de la lame pulmonaire qui, dans la pleurésie interlobaire, sépare l'épanchement situé dans la profondeur des scissures interlobaires, de la paroi thoracique.

Aux symptômes d'ordre pleural se joignent des râles, du souffle, une expectoration plus ou moins abondante, parfois teintée, qui en impose pour un nouveau foyer de pneumonie, et qui témoigne de la participation des lobes pulmonaires voisins au processus inflammatoire.

Tous ces signes d'ordre pulmonaire ne font qu'accroître les difficultés du diagnostic, qui arrive cependant à se préciser peu à peu. Il persiste le plus souvent un certain degré de "sonorité" le long de la gouttière vertébrale.

En percutant et en auscultant le malade (qui doit se pencher très fortement en avant), on peut voir réapparaître à la base, bien que très voilés, la sonorité et le murmure vésiculaire. On dispose alors d'un signe de haute valeur diagnostique: c'est la "matité suspendue" de Dieulafoy, à topographie un peu variable, siégeant à la partie moyenne du thorax, en arrière, si l'épanchement s'est développé dans la portion horizontale de la scissure interlobaire, siégeant surtout dans l'aisselle s'il a envahi la portion descendante et oblique de cette scissure.

La certitude du diagnostic s'établit si la "ponction exploratrice" donne un résultat positif. "Pratiquée dans la région suspecte et ramenant le liquide purulent, écrit

Dieulafoy, elle suffirait à lever tous les doutes et à préciser le diagnostic."

Malheureusement, elle est souvent infidèle; toutefois M. Gary estime que lorsqu'elle est faite soigneusement en région mate et à diverses hauteurs, le fait même de ne rien donner plaide en faveur d'un épanchement collectif interlobaire.

La marche de la température est des plus irrégulières et sans caractère diagnostique. Netter a même observé des cas qui ont évolué sans fièvre. Toutefois la persistance et l'élevation de la fièvre doivent toujours faire soupçonner la *purulence* de la collection; mais il ne faut pas compter sur l'apparition possible de l'œdème ou d'une voussure limitée des parois thoraciques. Cette constatation, excellent symptôme de la purulence des épanchements de la grande cavité, fait défaut dans la pleurésie interlobaire, qui est trop profondément située pour retentir ainsi à l'extérieur.

Mais il existe un symptôme dont la fréquence dans la pleurésie purulente interlobaire est incomparablement plus grande que dans les autres empyèmes, c'est la *vomique*.

La *vomique* s'y manifeste très précoce si on la compare à celle de l'empyème de la grande plèvre, qui met des mois, voire même des années, pour aboutir à ce processus ulcératif.

Dieulafoy l'a vue survenir le 15<sup>e</sup> et le 18<sup>e</sup> jour sur deux des huit malades qu'il a observés. Chez un de ceux de M. Gary, ce fut le 9<sup>e</sup> jour. Fréquemment cette vomique peut être prévue un ou deux jours à l'avance en raison de la fétidité de l'haleine due probablement à une fissure de la poche.

Il est à remarquer d'ailleurs que ce foyer est particulièrement virulent et amène souvent des phénomènes de toxémie générale provoquant une cachexie profonde et parfois la mort rapide avant toute vomique. Celle-ci est parfois très pénible et peut s'accompagner de phénomènes très graves.

On observe aussi parfois, au cours de ces pleurésies, une hémoptysie qui, plus ou moins abondante, suivant le volume du vaisseau atteint, précède, accompagne ou suit la vomique (cas de Prengueber et de Beurmann, de Letulle et Segond, de Guinon, etc.)

Il importe de connaître la possibilité de son apparition dans la pleurésie purulente interlobaire, afin de lui donner sa véritable signification et d'éviter de diagnostiquer une tuberculose en évolution.

Mais si la vomique constitue un élément capital dans le diagnostic si difficile de la pleurésie interlobaire, on possède actuellement, avec la "radioscopie", un moyen d'investigation très précieux, qui peut lever des doutes dans maintes circonstances et qu'il ne faut pas négliger quand on a la bonne fortune de l'avoir à sa disposition.

C'est là un moyen excellent que M. Gary a pu utiliser pour ses malades avec le concours de M. de Lalgade (d'Albi).

Le traitement de cette forme de pleurésie purulente a été très discutée. Quelques auteurs sont peu partisans

d'une intervention active car la vomique amène assez souvent la guérison spontanée. Cependant M. Gary estime que l'abstention n'est pas à conseiller, car elle est toujours dangereuse pour les malades.

La *thoracotomie*, qui a donné quelques succès, constitue, malgré son innocuité, un procédé infidèle et insuffisant. C'est donc la *pleurotomie*, avec ou sans *résection costale*, qui est le traitement de choix de la pleurésie interlobaire, dont l'épanchement imprime des modifications plus ou moins profondes à la direction normale des scissures de l'interlobe. C'est cette opération qu'il a pratiquée chez deux de ses malades qui ont guéri. Le troisième est mort trop rapidement pour qu'on ait eu le temps d'intervenir.

\*\*\*

### MENINGITE PARATYPHOÏDE.

Il s'agit d'un enfant âgé de quatre ans, qui avait souffert dans ses premiers mois d'une gastro-entérite qui a duré quelques jours, et, plus tard, de bronchites légères, mais dont le développement physique et intellectuel était normal. Subitement pris de fièvre, de vomissements fréquents, de maux de tête, de prostration et de délire, sa température était montée à 39° et 40°. Dix jours après le début de ces accidents, des taches lenticulaires apparaissent sur le ventre, cependant que le séro-diagnostic de Widal restait négatif.

Le quatorzième jour de la maladie, des convulsions ayant apparues, l'auteur pratique une ponction lombaire et extrait 45 cc. environ de liquide céphalo-rachidien légèrement trouble, avec sédiment peu abondant par centrifugation, et une leucocytose polynucléaire abondante.

Les examens directs de ce liquide sur lamelles n'ont rien donné, mais des ensemencements et des cultures pratiqués avec lui, il fut permis à l'auteur d'isoler un bacille de petites dimensions, environ 2 µ, très mobile, aux extrémités arrondies, anaérobie, qu'il a classé, en se servant du tableau de fermentation des sucres de Brault et G. Faroy, parmi les bacilles intermédiaires, dans le groupe Schottmuller B., ce qui révélait la véritable nature de la méningite. Cependant il diffère de ce dernier en ce que ses cultures en bouillon n'offrent ni voile superficielle, ni odeur, et lorsqu'il est cultivé en lait bleui au tournesol il ne modifie pas la couleur du milieu.

L'examen du liquide céphalo-rachidien dans les cas de méningite seule ne suffit pas pour donner la certitude sur l'étiologie de celle-ci. Le seul diagnostic sûr n'est possible que par la culture en milieu de Brigalsky et Conradi ou de Mac'Conky, du bacille paratyphique isolé des urines, des fèces, des abcès ou du liquide céphalo-rachidien, si la méningite existe. Le taux de l'urée, toujours augmentée dans la fièvre typhoïde pendant tout le cours de la maladie, tandis que dans la paratyphoïde elle est diminuée dès le début, peut également mettre sur le chemin du diagnostic.

Ajoutons que le petit malade, après une amélioration de quelques jours sous l'influence de trois ponc-

tions lombaires, a succombé en dépit d'une quatrième ponction qui a ramené un liquide franchement purulent.

Par M. Clemente Inclan

(*La Prensa medica*, Habana, 15 juin 1910).

\*\*\*

### DE L'AMAUROSE ALBUMINURIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

L'amaurose albuminurique survient le plus souvent chez les primipares (18 primipares pour 15 multipares). Elle apparaît ordinairement à la fin de la grossesse soit avant soit pendant l'accouchement. Tantôt elle apparaît isolément sans être accompagnée d'aucune convulsion; c'est une variété d'éclampsie sans crise. Tantôt elle précède un peu la crise; c'est alors un véritable signal d'alarme. Tantôt enfin elle s'installe à la fin de la crise. Le mode d'apparition de l'amaurose est également très variable; elle s'accompagne le plus souvent des autres symptômes de la toxémie gravidique. L'aspect extérieur des yeux n'est pas sensiblement modifié; les pupilles offrent un diamètre anormal elles peuvent réagir à la lumière; parfois elles sont fixes et dilatées. La conservation du reflexe pupillaire est d'un pronostic favorable. Le fond de l'oeil est normal, c'est ce qui fait la caractéristique de l'amaurose au point de vue ophtalmoscopique. Dans la grande majorité des cas l'amaurose guérit complètement. Sa durée est en général courte, les crises peuvent se répéter et les récidives nombreuses doivent faire craindre que la vue ne se rétablisse pas complètement.

Le diagnostic est facile quand on constate chez une femme enceinte albuminurique une cécité brusque accompagnée ou non de crises éclamptiques sans lésions ophtalmoscopiques. Toutes les fois qu'après l'amaurose l'acuité ne revient pas il faut soupçonner une complication rétinienne ou névritique surajoutée.

Il arrive que sous l'influence gravidique une manifestation hystérique se traduise par l'amaurose. L'amaurose hystérique qui en résulte est des plus délicates à reconnaître. L'albuminurie et la crise éclamptique différant de la crise hystérique attireront l'attention.

En cas d'amaurose non albuminurique survenant après l'accouchement il faudra penser à l'amaurose par perte sanguine.

Les cas d'amaurose dus à un ictère gravidique sont excessivement rares.

Le traitement de l'amaurose gravidique sera à la fois prophylactique et curatif. Dès le cinquième mois de la grossesse on devra mettre la femme au régime habituel, aussitôt que la présence de l'albumine est constatée. Quand l'amaurose est déclarée, en raison de son caractère transitoire, il y a peu d'indication à intervenir.

C'est donc, en réalité, plus le traitement de l'éclampsie qu'on aura à instituer que le traitement de l'amaurose proprement dite.

La saignée, qui donne d'excellents résultats dans le traitement de l'éclampsie pure doit être maniée avec prudence, les yeux d'albuminuriques étant très sensibles à la moindre hémorragie.

Par le Dr Burnier, interne des hôpitaux de Paris

(*Progrès médical*, 27 août 1910).

\*\*\*

### DU DIAGNOSTIC PRECOCE DE L'ULCERE ET DES ULCERATIONS GASTRIQUES

L'ulcère et les ulcérations gastriques réclament un traitement précoce, aussi l'auteur indique-t-il divers procédés, cliniques et chimiques, qui permettent de dépister ces affections à leur début.

La thérapeutique sera sévère. On ordonnera le repos absolu au lit. On prescrira chaque matin, à jeun, 10 à 12 grammes de bismuth. On nourrira exclusivement le malade avec du lait, qu'on fera prendre toutes les heures, par petites doses. On donnera ensuite les bouillons, les purées, les pâtes, et on ne permettra la reprise de l'alimentation qu'au moment où les hémorragies auront complètement cessé.

Le traitement médical est parfois inefficace. On aura alors aussitôt recours à l'intervention sanglante (gastro-entérostomie, pylorotomie). L'opération fournit, en effet, des résultats d'autant meilleurs qu'elle est moins différée.

Par M. Georges-Félix Sauphar

(Thèse, Paris, 1910, 118 pages).





LE JOURNAL DE  
**Médecine et de Chirurgie**  
 DE MONTREAL

VOLUME V.—CINQUIÈME ANNÉE : 1910

<b>A</b>		Belladone. La— Prof. Huchard . . . . .	17
Arsenic . . . . .	3-127-175	<i>Bronchites:</i>	
Antipyrine . . . . .	89	Chroniques: trait. . . . .	46
Anorexie . . . . .	60	Aigues . . . . .	186
Alcool et épilepsie . . . . .	15	La broncho-pneumonie sub-aigue pseudo-tuber- culeuse . . . . .	261
Alcool et polynevrite . . . . .	74	Baume du Pérou: ses usages . . . . .	144-249
Arthrites: blennorrhagiques: leur trait. . . . .	20	Bismuth. Le— dans les maladies de l'estomac . . . . .	188
Anthrax: trait. . . . .	25	Bureau Provincial de Médecine . . . . .	231
Anurie: causes variées . . . . .	279	<b>C</b>	
Argosol: son efficacité chez les enfants . . . . .	29	Chorie: pathogénie . . . . .	191
Asthme: son trait. par l'adrénaline . . . . .	352-369	Chorie: son trait. . . . .	111
Asthme des foins: trait. . . . .	29	Côtes: fractures de— et leur traitement . . . . .	20
Aloés: Prof. Huchard . . . . .	36	Céphalie des neurasthéniques: trait. . . . .	59
Asystolie: chez l'enfant . . . . .	41	Cancer: des paupières et de l'orbite: autoplastie. Roy et Dupont . . . . .	84
Albuminurie: d'origine génitale . . . . .	47-149	Cancer: hérédité . . . . .	362
Albuminurie: par lordose . . . . .	117	Calculs de l'uretère. St-Jacques et S-Pierre . . . . .	97
Albuminurie: et néphrite au cours du rein mobile . . . . .	117	Créosote: son efficacité . . . . .	101
Albuminurie: digestive . . . . .	148-296	Conjonctivité blennorrhagique des nouveaux-nés: trait. . . . .	296
Albuminurie: orthostatique . . . . .	228-298	Crane: La ponction lombaire dans les fractures du— . . . . .	163
Amygdalite aigue: trait. . . . .	60	Colites hémorrhagiques . . . . .	200
Amygdales: nécessité de l'ablation des—hypertro- phiées. J. N. Roy . . . . .	337	Congrès des M. L. F. A. N. . . . .	166-219-228-262
Artères: chirurgie des artères . . . . .	63	Cérébrales: Utilité de la craniectomie décompres- sive dans les tumeurs . . . . .	251
Addison. Mal d'—chez l'enfant . . . . .	73	Coqueluche: trait. par le fluoroforme . . . . .	283-292
Addison: insuffisance: trait. . . . .	21-360	Chloroforme: accidents tardifs du— A. St-Pierre . . . . .	289
Addison: indications thérapeutiques de l'adrénaline . . . . .	367	Cirrhose. Forme hypertrophique de la— de Laennec . . . . .	308
Asthénie: Diathèse d'—et ptoses viscérales . . . . .	146	<i>Coeur:</i>	
Anaphylaxie . . . . .	151-172	Endocardite aigue typhique . . . . .	48
Alcalins. Les—dans l'hyperchlorhydrie . . . . .	159	Endocardite aigue ulcéreuse chez l'enfant . . . . .	73
Appendicite: et grossesse . . . . .	212	Myocardite aigue: trait. . . . .	270
Appendicite chronique, chez les enfants . . . . .	214-293	Particularités du rétrécissement mitral . . . . .	329
Appendicite pneumonique . . . . .	216-262	Péricardite aigue: trait. . . . .	351
Appendicite et hernie étranglée . . . . .	277	Tachycardie basedowienne: trait. . . . .	352
Appendicite traumatique . . . . .	301	Curettement utérin: sa technique . . . . .	343
Adénoïdes: avantages de l'ablation des— J. N. Roy . . . . .	337	<b>D</b>	
<b>B</b>		Digitale: La— chez les enfants . . . . .	71
Blennorrhagie: son traitement . . . . .	13-278	Digitale: La— et le faisceau de His . . . . .	271
Blennorrhagie: arthrites, leur trait. . . . .	20	Digitale: ses effets thérapeutiques . . . . .	367
Blennorrhagie: septicémie: son trait. . . . .	88		
Blennorrhagie: ce qu'il faut entendre par guérison . . . . .	102		
Blennorrhagie: états nevropathiques consécutifs à la . . . . .	227		

- Diarrhée non tuber. des pthisiques . . . . . 109  
 Diète féculente . . . . . 218  
 Diabète: chez l'enfant . . . . . 122-304  
 Diabète: valeur pronostique de la glycosurie . . . . . 336  
 Diphtérie: formes malignes . . . . . 136  
 Diphtérie: les porteurs de bacilles . . . . . 137  
 Diphtérie: paralysies post-diph.: trait. . . . . 137-223  
 Diphtérie: méconnue de l'enfance . . . . . 276
- E**
- Epilepsie et alcool . . . . . 15  
 Epilepsie et le régime de déchloruration . . . . . 174-302  
 Epilepsie: son trait. . . . . 302  
 Endocardite aiguë typhique . . . . . 48  
 Endocardite aiguë ulcéreuse chez l'enfant . . . . . 73  
 Ergot de Seigle. Prof. Huchard . . . . . 58  
 Epaule. Trait. de la luxation de l'— . . . . . 70  
 Eau chaude en gynécologie . . . . . 93  
 Erysipèle: son trait. . . . . 101  
 Estomac: insuffisance . . . . . 110  
 Entero-colite . . . . . 168  
 Embolies pulmonaires, dans les suites de couches . . . . . 180  
 Eclampsie: son trait. . . . . 203  
 Erythème noueux et tuberculose . . . . . 280  
 Enseignement médical en France et en Allemagne:  
 l'organisation universitaire. E. St-Jacques . . . . . 321  
 Idem . . . . . vol. 24
- F**
- Fractures de  
 Côtes: trait. . . . . 20  
 Crane: Utilité de la ponction lombaire. St-Pierre  
 et Falardeau . . . . . 161  
 Foie:  
 Ictères par obstruction . . . . . 80  
 Ictères hémolytiques . . . . . 243  
 Cholécystite et péritonite circonscrite . . . . . 250  
 Forme hypertrophique de la cirrhose de Laennec . . . . . 308  
 Furoncle du conduit auditif: trait. . . . . 144  
 Féculente. La diète— . . . . . 218  
 Fer dans le trait. de la chlorose et de l'anémie . . . . . 269-335
- G**
- Gangrènes:  
 Sénile . . . . . 43  
 Grossesse:  
 Vomissements incoercibles: trait. Bar . . . . . 64  
 Nécessité d'examiner et suivre la femme en-  
 ceinte. R. de Cotret . . . . . 81  
 Retroversion de l'uterus gravide. Bar . . . . . 103  
 Trait. de l'éclampsie pendant le travail . . . . . 203  
 Appendicite et— . . . . . 212  
 Sur la durée du séjour au lit après l'accouche-  
 ment . . . . . 311  
 Lithiase biliaire pendant la grossesse . . . . . 356  
 Gynécologie: L'eau chaude en— . . . . . 93  
 Gale: trait. . . . . 111-320  
 Gaz d'éclairage. Intoxication par le— : trait. . . . . 175  
 Gargarismes analgésiants et antiseptiques . . . . . 238  
 Goutte: trait. . . . . 319
- Glycerine. La— dans le trait. de l'— perniciose 269-335
- H**
- Hygiène:  
 Les Ecoles de désinfection en Allemagne . . . . . 26  
 Organisation du Bureau d'Hygiène de Montréal,  
 en rapport avec les mal. contag. Jos. Ed.  
 Laberge . . . . . 65  
 H. Scolaire et inspection des écoles. J. Kennedy . . . . . 257  
 Prophylaxie des maladies contagieuses à l'école . . . . . 294  
 Les avantages pour la ville résultant du Bureau  
 d'Hygiène. J. Ed. Laberge . . . . . 305  
 Huile de Ricin. Prof. Huchard . . . . . 36  
 His. Faisceau de— et digitale . . . . . 271  
 Hémoptysie chez les rougeoleux convalescents . . . . . 72  
 Heine. Maladie de Heine—Medin. . . . . 256  
 Hyperthermie post-mortem . . . . . 96  
 Hyperthermie des mains: trait. . . . . 109  
 Hyperchlorhydrie: les alcalins- et les acides . . . . . 159  
 Hydropneumothorax tuberculeux . . . . . 241  
 Hématurie congénitale, héréditaire et familiale . . . . . 268  
 Hémorragies mortelles du tube digestif chez les  
 cirrotiques . . . . . 304
- I**
- Intoxication intestinale . . . . . 276-277  
 Idyosyncrasies. Les— . . . . . 363
- L**
- Lithiase rénale: Prof. Delbet . . . . . 40  
 Lithiase urétérale: St-Jacques et St-Pierre . . . . . 97  
 Lithiase biliaire: indications opératoires . . . . . 240  
 Lithiase biliaire: trait. médical . . . . . 355  
 Lithiase biliaire: pendant la grossesse . . . . . 356  
 Luxations:  
 Epaule par le Kocher modifié . . . . . 70  
 Poignets: mal de Madelung . . . . . 223  
 Lombroso: Biographie . . . . . 76  
 Lait: valeur comparative des différents laits. Eug.  
 Gagnon . . . . . 129  
 Lavements alimentaires. Martinet . . . . . 260
- M**
- Migraine: trait. . . . . 60  
 Menopause: trait. des troubles de la— . . . . . 62  
 Menopause: la— chez l'homme . . . . . 96  
 Myocardite aiguë: trait. . . . . 270  
 Madelung. Maladie de— : trait. . . . . 220  
 Mitral. Le rétrécissement— : particularités . . . . . 329  
 Malaria: trait. . . . . 340  
 Méningite:  
 : la— syphilitique aiguë . . . . . 6  
 : typhique et son trait. . . . . 210  
 : tuberculeuse. Pr. Benoit . . . . . 142  
 -cérébro-spinale . . . . . 62-140-156  
 -cérébro-spinale: dag. et trat. Pr. Fortier . . . . . 193-209  
 -cérébro-spinale: ses suites . . . . . 301
- N**
- Néphrites. V. Rein . . . . .  
 Névropathie post-blennorrhagique . . . . . 227

**O**

Ostéo-périostites typhiques: St-Jacques et St-Pierre	49
L'Oxygol. M. Lebel	57
Oeil: cancer des paupières et de l'orbite: autoplastie.	
Roy et Dupont	84
Oeil: L'— albuminurique	281
Oeil: comment éviter la conjonctivité blennorrhagique des nouveaux-nés	296
Oreille: trait. de l'otite moyenne aigue	160-177
Oreille: le pansement sec dans l'évidement mastoïdien. Roy	165
Oreille: trait. otite moyenne chronique	207
Ongle incarné: trait.	175
Obésité: trait.	283
<i>Obstétrique:</i>	
Vomissements incoercibles: trait. Pr. Bar	64
Nécessité d'examiner et suivre la femme enceinte. Pr. R. de Cotret	81
Rétroversion de l'utérus gravide. Pr. Bar	103
Trait. de l'éclampsie durant le travail	203
Appendicite et grossesse	212
Sur la durée du séjour au lit après l'accouchement	311
Lithiase biliaire pendant la grossesse	356

**P**

*Pneumonie:*

Traitement	12-186-222-335
du sommet	95
et bronchite	186
ou appendicite	262
Perforation intestinale typhique: trait.	1-68
Purgatifs. Les— Prof. Huchard	36
Paralysie infantile: trait.	42
Paralysie diphtérique:	137-223
Paralysie générale: trait.	171
Phlegmon d'ffus	46
Prurit vulvaire: trait.	61
Ptoses viscérales et diathèse d'asthénie	146
Péritonite à pneumococques: diag. et trait.	176
Pulmonaires. Embolies— dans les suites de couches	180
Plaies de la main—et Tr. Iode	182
Pepsine: comment prescrire la—	216
Pylore—Sténose congénitale	122-336
Pylore—spasme	122-361
Pleurésie purulente chez le nouveau-né	248
Poliomyélite aigue	256
Ponction lombaire: dans le trait. des fractures du crane	163
Ponction lombaire: sa valeur thérapeutique	295
Pelade: trait.	320
Parkinson. Trait. de la maladie de—	221
Pthyriase: son trait.	351
Péricardite: son trait.	351

**IR**

Rhumatisme articulaire:	
Chez le nourrisson	15
Manifestations viscérales	364
Notule: rupture du tendon sus-rotulien. St-Jacques	

et St-Pierre	353
Rage: moyen simple de la diagnostiquer chez les animaux	282
Roddick,—le bill—	33-154-253
Rougeole: Hémoptysie de la convalescence	72
Rougeole: Prophylaxie et trait.	334
<i>Rein:</i>	
Néphrite aigue: trait.	86-118
Néphrite chronique: trait.	118
Modification de la sécrétion urinaire dans la station debout	116
Albuminurie d'origine génitale	47-159
Albuminurie par lordose	117
Albuminurie et néphrite au cours du rein mobile	117
Albuminurie digestive	148-296
Albuminurie: orthostatique	228-298
Variétés anatomo-cliniques de la tuber. rén.	117
Régimes dans les néphrites	118-149
Déchloruration dans le mal de Bright	118
Hématurie congénitale, héréditaire et familiale	268
Anurie: observations cliniques	279
L'oeil albuminurique	281
Néphrite syphilitique	335
Tuberculose rénale: trait.	367
Rachitisme et troubles digestifs	120

**S**

Salicylate-soude dans le coryza	61
Sein: élimination mammaire des médicaments	72
Sclérose latérale amyotrophique	74
Saturnisme: trait.	108
Sacro-iliaque. Le relâchement, A. Nutter	113
Saignée. La — et ses indications	192
Seborrhée du cuir chevelu: étiologie	273
Société Médicale, Montréal	92-125-140-155-349
Surrénale. — Insuffisance — et son trait	21-360
Surrénale. — Indications thérapeutiques de l'adrenaline	367
Scarlatine: Comment concevoir la	30
Scarlatine. — Durée de la contagiosité	47
Sciatique: son trait.	103
Sulfate de Soude: Prof. Huchard	36
<i>Syphilis: —</i>	
Polynévrite: trait.	12
Tabes dorsal: trait.	12
Trait. local	
Reinoculation	63
Pseudo-rhumatisme	74
L'Hérédo-syphilis	118
Tuberculose et —	134
Atherome, insuffisance aortique et —	183
Réaction de Porgès pour le diagnostic de la —	280
S. héréditaire et réaction de Wassermann	281
Traitement abortif	283
Néphrite abortif	283
Néphrite syphilitique	335
Pourquoi il faut toujours penser à la syphilis	
Spillman	357
L'Ehrlich-Hata	359-368

## T

Thérapeutique appliquée: Prof. Huchard.

L'Arsenic . . . . .	3
La Belladone . . . . .	17
Les Purgatifs . . . . .	36
L'Ergot de Seigle . . . . .	58
L'Antipyrine . . . . .	89
Crédulité et scepticisme en thérapeutique. Prof. Hutinel . . . . .	314
Tics: Leur trait. . . . .	302
Théobromine: La — chez les enfants . . . . .	71
Thyroidite aigue grippale: diag. et trait. . . . .	246
Tabes frustre: observ. cliniques . . . . .	251
Traitement de:	
Chorée . . . . .	111
Polynévrite-syphilitique . . . . .	112
Pneumonie . . . . .	12-186-222-335
Tabes dorsal . . . . .	13
Blennorrhagie . . . . .	13-20-88-278
Fracture de Côte . . . . .	20
Arthrites gonococciques par le sérum . . . . .	20
Insuffisance surrénale . . . . .	
Anthrax . . . . .	25
Maladies infectieuses par l'argosol . . . . .	29-127
Asthme des foins . . . . .	29
Paralysie infantile . . . . .	42
Paralysie post-diptérique: . . . . .	137-223
Paralysie générale . . . . .	171
Syphilis . . . . .	12-13-44-359
Phlegmon diffus . . . . .	45
Bronchites . . . . .	46
Céphalée des neurasthéniques . . . . .	59
Migraine . . . . .	60
Anorexie . . . . .	60
Prurit vulvaire . . . . .	61
Amygdalite aigue . . . . .	61
Vomissements incoercibles de la grossesse . . . . .	64
Perforations intestinales typhiques . . . . .	1-68
Néphrites aiguës . . . . .	86
Néphrites chroniques . . . . .	149
Noëvus . . . . .	87
Septicémie gonococcique . . . . .	88
Erysipèle . . . . .	101
Saturnisme . . . . .	108
Transpiration des mains . . . . .	109
Gale . . . . .	111
Vertigo stomacal . . . . .	126
Furoncle conduit auditif . . . . .	144
Hyperchlorhydrie . . . . .	159
Otite moyenne aigue . . . . .	160
Dyspnée des tuberculeux . . . . .	169
Paralysie générale . . . . .	171
Epilepsie — par le régime de déchloruration . . . . .	174
Onglé incarné . . . . .	171
Intoxication par le gaz d'éclairage . . . . .	175
Péritonite à pneumococques . . . . .	176
Plaies de la main . . . . .	182
Estomac. Trait. des mal. de — par le bismuth . . . . .	188

Insolation . . . . .	190
Eclampsie . . . . .	203
Dyspepsie . . . . .	217
Parkinson. Maladie de — . . . . .	221
Pharyngite . . . . .	238-239
Tumeurs cérébrales . . . . .	251
Chlorose et anémie . . . . .	269-335
Méningite séreuse typhique . . . . .	270
Myocardite aigue . . . . .	270
Coqueluche par le fluoroforme . . . . .	283-292
Obésité . . . . .	283
Conjonctivité blennorrhagique des nouveaux nés . . . . .	296
Tuberculose: v. tuberculose . . . . .	
Sciaticque . . . . .	303
Goutte . . . . .	319
Pelade . . . . .	320
Malaria . . . . .	340
Pthyriase . . . . .	350
Lithiase biliaire . . . . .	355
Tuberculose rénale, . . . . .	367
Tuberculose: —	
Diarrhée . . . . .	109
Rein . . . . .	117
Syphilis et — . . . . .	134
Méningite . . . . .	142
Typo-bacillose: diagnostic . . . . .	145
Dyspnée dans la — . . . . .	169
Traitement général . . . . .	222-298
Fièvre et hémoptysie menstruelles . . . . .	225
Hydropneumothorax tuberculeux . . . . .	241
Broncho-pneumonie subaigue pseudo-tuberculeux . . . . .	261
Erythème noueux et — . . . . .	280
Adénites tuberculeuses: trait . . . . .	299
Laryngée: trait. . . . .	303
Tuberculose rénale: trait. . . . .	367
Typhoïde.	
Trait. chirurg. de la perforation intestinale: D. Hingson: I — Quénu . . . . .	68
Lait et typhoïde . . . . .	10
Comment se propage la — . . . . .	11-53-176
Crises d'hypothermie . . . . .	11
Régime . . . . .	14-52-123
Endocardite aigue . . . . .	48
Osteo-Periostites. St Jacques et St Pierre . . . . .	49
Prophylaxie . . . . .	53-176
Typo-bacillose: diagnostic. Landouzy . . . . .	145
Méningite . . . . .	270
Température et pouls chez les enfants . . . . .	271

## U

Urine: Incontinence — chez l'enfant . . . . .	73
Ulcère de l'estomac: trait. . . . .	188-192

## V

Vertigo stomacal: son trait. . . . .	126
Vomitive.—Médication anti- — . . . . .	247
Vomitifs, les — . . . . .	319
Véronal. Empoisonnement par le — . . . . .	281