

Le Bulletin Médical de Québec

10990
849

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

- M. AHERN, Professeur d'anatomie descriptive, chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
- M.-D. BROCHU, Professeur de pathologie interne, de maladies nerveuses, Médecin de l'Hôtel-Dieu
- F.-X. DORION, Docteur en Médecine, Gouverneur du collège des Médecins
- P.-V. FAUCHER, Docteur en Médecine
- R. FORTIER, Professeur de pédiatrie et d'hygiène
- A. MAROIS, Professeur de Médecine légale et de toxicologie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
- EUG. MATHIEU, Professeur agrégé
- C.-R. PAQUIN, Docteur en Médecine, Gouverneur du collège des Médecins
- A. SIMARD, Professeur d'anatomie pratique et de Méd. opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
- L.-J.-A. SIMARD Professeur de physiologie et de pathologie générale du cours spécial des maladies des yeux et des oreilles
- CHS. VERGE, Docteur en Médecine

AVEC LA COLLABORATION DE

- A.-G. BELLEAU, Docteur en Médecine, Coroner du district de Québec — P. BROPHY, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins — L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, de Médecine opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
- P.-C. DAGNEAU, Docteur en Médecine — W. DELANEY, Docteur en Médecine
- N.-A. DUSSAULT, Docteur en Médecine — L.-N.-J. FISET, Docteur en Médecine — L.-O. GAUTHIER, Docteur en Médecine — S. GRONDIN, Professeur de Gynécologie, Gynécologiste à l'Hôtel-Dieu — J. GUÉRAND, Docteur en Médecine — A. JOBIN, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecines — JOS. LACHANCE, Docteur en Médecine — E. LACERTE, Docteur en Médecine — A. LESSARD, Docteur en Médecine — P. NORMAND, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins — E. POLIQUIN, Docteur en Médecine — L.-C.-O. SIROIS, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins
- EDWIN TURCOT, Professeur de Matière Médicale, Médecin de l'Hôtel-Dieu — ART. VALLEE, Surintendant de l'Asile d'aliénés de Québec, Professeur de Toxicologie, de clinique de Tocologie, de Maladies mentales, d'histoire de la Médecine et de Deontologie Médicale.

Secrétaire de la Rédaction : DR A. SIMARD.

Administrateur : DR A. MAROIS.

ABONNEMENTS

Un an - - - - - \$2.00 | Le numéro - - - - - 50 Cts.

ABONNEMENT SPÉCIAL POUR M^{rs} LES ÉTUDIANTS \$1.00

Rédaction : M. le Dr A. SIMARD, 42, rue St-Louis

Administration : M. le Dr MAROIS, 51, rue St-Louis

J. A. K.-LAFLAMME, IMPRIMEUR, 37, rue Sous-le-Port, Basse-Ville, Québec.

PANOPEPTON

A
N
O
P
E
P
T
O
N

Contient les substances nutritives entières du bœuf et du blé ; il renferme ces constituants sous la forme soluble, parfaitement digestible sous laquelle ils sont convertis par les enzymes naturels de l'animal dans le cours de la digestion.

Manufacturé par

Fairchild Bros. & Foster

NEW YORK

4^e année

SEPTEMBRE 1902

SOMMAIRE

1 — A NOS LECTEURS.....

MÉMOIRES

- 3 — Traitement radical de l'Hypertrophie de la
prostate *Ahern*
- 18 — Géographie médicale, Anticosti..... *Schmitt*
-

INTERETS PROFESSIONNELS

- 28 — L'acte médical du Canada et nos privilèges en
matière d'éducation.....
- 48 — Assemblée bi-annuelle du bureau des gouverneurs.

A NOS LECTEURS.

Le *Bulletin Médical* entre aujourd'hui dans sa quatrième année.

Pour toute périodique, exclusivement vouée à la science médicale et à tout ce qui s'y rattache, c'est une date, ou en conviendra, si l'on veut bien considérer un instant les âpretés des débuts.

Notre journal n'a pas cependant toujours eu de ces jours ensoleillés où la sollicitude est absente, exempts d'ennuis et de difficultés de tout genre, seulement, le mur de « notre vie privée » a été assez haut et épais pour dérober aux regards des tiers ce squelette que, selon l'expression anglaise, chaque famille cache dans son armoire.

Des circonstances, aussi spéciales qu'inattendues, nous ont permis d'aplanir bien des obstacles, et sans promettre le Pactole, nous entrevoyons pour notre *Bulletin* une prospérité suffisante, qui assure son avenir sur des bases que nous avons des raisons de croire solides et durables.

Cela ne veut pas dire que le succès de la partie financière ait été l'unique préoccupation des directeurs du *Bulletin*.

Notre journal a eu, dès le principe, un tout autre but, plus élevé, plus désintéressé.

D'ailleurs, tout le monde le sait :

Apollon ne promet qu'un nom et des lauriers.

Notre journal n'a pas prétendu être tout, le seul élément important dans le mouvement scientifique de notre province, diriger l'opinion, le pivot de toutes les luttes, dicter à tous le mot d'ordre. Il s'est modestement contenté d'être quelque chose, c'est-à-dire, un moyen d'émulation, un instrument de travail, l'écho de toutes idées d'avancement et de perfectionnement médical comme de défense de nos droits professionnels et de lutte contre les abus, et en cela, il croit s'être fait un nom, acquis une place parmi ses confrères.

Son œuvre non plus n'a pas été stérile, ni peut-être quelconque.

Il suffit de rappeler que c'est, en grande partie, grâce à son impulsion que des sociétés médicales de district se sont formées un peu partout. On admettra sans doute, que ce mouvement a été, pour notre profession, le point départ d'un réel progrès.

Le succès de l'Association des médecins de langue française pour la réalisation duquel il a dépensé tant d'efforts, de travail, de patiente énergie, surtout alors qu'il était le seul promoteur vraiment convaincu et tenace, dit son mérite. Ajoutez à cela, sa sollicitude pour la défense de nos intérêts professionnels et c'en est assez, du moins nous le croyons, pour avoir quelques titres à la reconnaissance de la profession.

Si aujourd'hui notre journal change de toilette, il ne change pas pour cela d'esprit. Il garde la même allégresse, le même désir de faire œuvre utilitaire de diffusion scientifique et d'enseignement, de tenir le médecin, aux prises avec les soucis d'une clientèle obsédante, au courant des progrès scientifiques accomplis par la mise au point des questions neuves.

Il a le même esprit de combativité contre tous les abus, les projets, qu'à bon droit, on qualifie de dissolvants pour notre profession, ou comme devant porter atteinte à nos privilèges les plus incontestés.

Notre programme reste donc le même. Et comme par le passé, nous n'oublierons jamais que dans toute question controversée, d'intérêts professionnels ou autre, la personnalité en jeu n'est rien, l'idée maîtresse, le principe qu'elle comporte sont tout.

Nous commençons cette nouvelle année, le cœur léger, assurés du concours dévoué de tous ceux qui, depuis la fondation de notre *Bulletin*, se sont pour ainsi dire identifiés avec lui et avec la confiance que votre bienveillant encouragement, des années passées ne, nous fera pas défaut.

D'ailleurs, l'empressement que vous, avez, montré à répondre à notre appel lors du congrès médical, les adhésions nombreuses que nous y, avons, reçues, nous permettent, de l'espérer.

Nous tâcherons pour notre part, de le mériter, en nous efforçant de mettre, en pratique, la devise qui nous a toujours guidés: « Dire, vrai et faire, bien. »

LA DIRECTION.

MEMOIRES

TRAITEMENT RADICAL DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE (1)

Par M. AIERN

Professeur d'anatomie et de cliniques chirurgicales à l'Université Laval

Depuis la dernière partie du 18^e siècle, l'augmentation de volume de la prostate sénile était connue comme cause du prostatisme; mais jusqu'à la fin du siècle qui vient de se terminer, on ne lui opposa qu'un traitement palliatif ou symptomatique — l'hygiène et le cathétérisme.

Il est vrai qu'on avait cru guérir l'affection par l'administration de certains médicaments qui restèrent sans effet ou par la section des obstacles à la miction dont les résultats furent le plus souvent désastreux.

Deux raisons empêchèrent les chirurgiens jusqu'il y a peu d'années, d'attaquer la prostate :

- 1^o La gravité des opérations avant l'antisepsie,
- 2^o les théories pathogéniques qui avaient cours pour expliquer l'hypertrophie.

Les uns disaient que l'augmentation de volume n'était que l'expression locale d'une maladie générale, l'artério-sclérose; les autres que c'était la vessie qui était primitivement malade et que l'hypertrophie prostatique n'en était qu'une conséquence.

Ainsi dans ses leçons cliniques 1888, Guyon dit : « *Je puis ainsi conclure que le traitement radical de l'hypertrophie de prostate n'existe pas et ne saurait exister.* »

En Angleterre Sir H. Thompson se faisant l'écho de son confrère français écrivait « Nous avons de bonnes raisons pour

(1) Travail présenté devant la section chirurgicale, au premier Congrès des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord le 25, 26, 27, Juin 1892 à Québec.

conclure qu'aucune opération radicale est possible vu que nous ne pouvons rendre à la vessie la contractilité qu'elle a perdue.»

Aujourd'hui nous savons que l'augmentation de volume de la prostate est la cause de tous les symptômes et qu'elle dépend si peu de l'artério-sclérose qu'il n'y a qu'un petit nombre de prostatiques qui soient des artério-scléreux.

Quant à la vessie on ne peut jamais dire qu'elle a perdu entièrement sa contractilité car même dans les cas où cela a semblé certain, l'enlèvement de l'obstacle au passage de l'urine a rendu au réservoir urinaire toutes ses fonctions.

Albarran, Hallé, Moullin etc, regardent la Prostate Hypertrophiée comme étant essentiellement une tumeur fibro-adenomateuse ¹.

Ainsi la prostate elle-même étant par son augmentation de volume la cause unique de tous les troubles, l'indication est de le faire revenir à son état normal ou de l'enlever complètement.

Deux méthodes se présentent: La méthode indirecte et la méthode directe.

La Méthode indirecte vise la diminution de volume de la prostate hypertrophiée par une opération sur des organes éloignés qui ont une influence trophique sur elle.

Ce sont la castration bilatérale, la vasectomie, l'angio-neurorectomie, la ligature des veines spermatiques, les injections testiculaires sclérosantes, la ligature des artères hypogastriques

Castration

Velpeau avait attiré l'attention sur l'analogie remarquable qu'il y avait entre l'hypertrophie de la Prostate et les fibromes utérins. Quand on eut constaté que ceux-ci s'atrophiaient après l'ablation des vraies, on a cru que la castration ferait pour l'hypertrophie de la prostate ce que l'ovariotomie faisait pour les fibromes utérins ². D'ailleurs Hunter avait démontré

que chez les animaux, la castration produisait l'atrophie de la prostate.

En 1893 Ramm de Christiania Châtra le premier prostatique. White de Philadelphie, dans les « *Annals of Surgery* » pour la même année et Albarran et Hallé dans « *Les Annales des Mal. gen. urin.* » pour 1898, publièrent des études très intéressantes d'où on peut conclure que la castration double atrophie la prostate chez tous les animaux expérimentés ; empêche son développement quand elle est pratiquée dans l'enfance chez l'homme ; et en diminue généralement le volume et la consistance chez le prostatique 3.

Cette diminution peut se montrer dans les premiers jours ou seulement qu'après quelques semaines ou quelques mois et est due en grande partie, quelquefois entièrement, à l'action décongestionnante de l'opération. La congestion peut augmenter d'un tiers le volume de la glande 4.

Dans certains cas, il y a une atrophie réelle de l'organe, mais elle est tardive, n'est pas constante et n'est pas toujours durable. En somme, il est prouvé que la castration double produit dans la majorité des cas une amélioration notable et souvent une guérison 5. Mais on ne peut jamais dire d'avance quels sont les cas où l'opération produira d'une manière permanente l'effet désiré 6. La mortalité est considérable à cause de l'état précaire des malades au moment de l'intervention. Carlier l'estime à 19 % 7.

En 1894 j'opérai deux malades infectés et rétentionnistes. Un est mort des progrès de la maladie après quatre mois sans avoir éprouvé aucun soulagement. Tant que l'autre est resté à l'hôpital il n'a senti aucune amélioration. Je n'en ai pas eu de nouvelles depuis.

La répugnance des malades, même les vieux, à se laisser emasculer, la gravité de l'intervention et l'incertitude du résultat ont poussé les chirurgiens à chercher d'autres moyens d'arriver au même but.

Ainsi, on a essayé de supprimer les fonctions du testicule en injectant dans l'épididyme des substances sclérosantes telles que la solution chlorure de zinc au 10°, la teinture d'iode etc. On a même eu quelques succès. Les effets se rapprochent de ceux de la castration; mais le traitement est long, douloureux et le résultat n'est pas plus certain.

Opérations sur le cordon spermatique. La Vasectomie, c'est-à-dire la résection des cordons déférents n'amène pas comme on le croyait l'atrophie du testicule; la mortalité en est considérable vu l'état des malades (13 sur 93 cas Woods)⁸ et elle ne produit de résultats satisfaisants que quand les troubles urinaires sont de nature congestive⁹.

Ligature en masse ou résection du cordon spermatique. Exposé à la gangrène du testicule, malgré que Carlier¹⁰ et Bennett prétendent le contraire. Une fois pour varicocèle j'ai lié tous les vaisseaux du cordon et comme résultat il y eut gnagrène du testicule.

Angioneurectomie du cordon, c'est-à-dire la résection entre deux ligatures de tous les éléments-nerveux du cordon *sauf* le canal déférentiel l'artère du même nom et une ou deux veinules qui l'accompagnent. Proposé par Albarran et Moty en 1897, les résultats immédiats paraissent être les mêmes que ceux de la castration¹¹.

Résection des veines spermatiques. Desnos résèque pour varicocèle les veines spermatiques chez six prostatiques; les suites opératoires furent simples. Cinq des opérés éprouvèrent du soulagement de leurs symptômes urinaires; d'abord il y eut diminution de la polakiurie, puis de la douleur et enfin de la rétention. L'amélioration s'est maintenue depuis plusieurs années¹².

Ligature des artères hypogastriques. Se basant sur les bons résultats obtenus par les ligatures atrophiantes dans certaines tumeurs et hypertrophies, Bier fit 3 fois la ligature des artères iliaques internes avec amélioration considérable et diminution

de volume de la prostate. Mais c'est une opération très grave surtout chez des vieillards et les résultats sont problématiques 13.

Cystopexie. — Proposé par Krynski élève de Rydygier et de nouveau l'année dernière au Congrès des chirurgiens Allemands, Goldmann de Fribourg, consiste dans la fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure. Suivant eux la lèvre supérieure du col est attirée en haut et la formation du bas-fond est empêchée. Il n'y a pas de cas rapportés 14.

Méthode directe

La méthode directe s'adresse à la prostate elle-même pour en diminuer le volume ou pour l'enlever entièrement.

Cette méthode comprend :

- 1° Les moyens employés pour produire l'atrophie de la prostate en agissant directement sur celle-ci;
- 2° ceux employés pour faire disparaître l'obstacle dans l'urètre prostatique;
- 3° l'enlèvement total ou partiel de la prostate.

1° *Moyens employés pour produire l'atrophie de la prostate.*

Les *Injections interstitielles*, de teinture d'iode etc. dans la prostate à travers le rectum; les ponctions au thermocautère par la même voie sont des moyens inefficaces et dangereux.

L'*Électrolyse* et l'*Électropuncture* exposent à la formation d'abcès, sont douloureux et n'ont pas été employés assez souvent pour permettre de porter un jugement sur leur efficacité. Tout ce qu'on peut dire est que ces interventions décongestionnent la prostate.

2° *Moyens employés pour faire disparaître l'obstacle dans l'urètre prostatique.*

(a) *Sonde à demeure.*

Mercier se servait de sa sonde métallique coudée introduite dans l'urètre prostatique, le pavillon remonté et fixé sur l'abdomen; — la portion coudée appuyée sur la paroi inférieure du

canal était supposée atrophier la partie correspondante de la prostate.

La sonde à demeure produit le même effet. D'abord elle décongestionne la vessie et la prostate amène un certain degré d'atrophie de celle-ci, et régularise le canal, facilitant ainsi l'écoulement de l'urine.

Bazy en 1897 proposa de fixer la sonde à demeure à l'aide d'un appareil spécial pour permettre la déambulation.

Quand par ces moyens l'atrophie se produit elle est rarement considérable et n'est pas permanente 15.

Harrison fait une boutonnière périnéale dilate considérablement l'urètre et draine. En somme ce n'est qu'une sonde à demeure avec une incision périnéale en plus et l'effet n'est pas plus durable. 16.

(b) *Section des obstacles à la miction par voie urétrale.*—
Prostatotomie

Mercier inventa son sécateur pour diviser par la voie urétrale les obstacles qui siégeaient au col de la vessie, les accidents d'infection et d'hémorrhagie le firent abandonner. Cependant le principe a subsisté. Ainsi Bottini inventa un prostatotome galvanique pour opérer par la voie urétrale.

Modifié par Freudenberg, cet instrument a été employé un grand nombre de fois avec beaucoup de satisfaction. Le but est de détruire partiellement le lobe moyen ou les lobes latéraux ou les trois à la fois au moyen d'un galvano-cautère ayant la forme plus ou moins d'un litnotrite. L'instrument fut introduit en 1872, mais ce n'est que depuis 4 à 5 ans que son emploi s'est étendu.

L'opération de Bottini est courte suivie de peu de shock, ne demande pas l'anesthésie générale, la convalescence est rapide et 50% des opérés sont guéris. Il y a récidive une fois sur douze opérés 17.

Freudenberg rapporte 683 cas, résultat nul dans 6.5% des opérés, plus ou moins d'amélioration dans 88%; sur ces 88 les

deux tiers sont guéris et les autres un peu améliorés 18.

L'opération donne des succès à toutes les périodes du prostatisme, et, ce qui est singulier c'est qu'elle semble donner de meilleurs résultats dans les rétentions chroniques complètes que dans les rétentions chroniques incomplètes 19.

La mortalité 5.5% 20 Horivity — 10% Albarran est peu considérable comparée à celle de la castration.

Comme accidents, il peut y avoir de l'hémorrhagie immédiatement après l'opération ou après la chute des escharres, des abcès ou même de la septicémie.

Section des obstacles par la voie périnéale. Prostatomie périnéale. La prostatotomie périnée proposée par Guthrie en 1842, consiste dans une incision du périnéale de l'urètre et de l'obstacle prostatique avec le bistouri comme le fait Harrison, avec le galvano-cautère comme le veut Wishard ou avec le thermo cautère que Belfield préfère. C'est une opération qui assure un bon drainage de la vessie, mais qui est plus longue et plus grave que le Bottini, exigeant de plus l'anesthésie générale.

L'effet de ces différents procédés de prostatomie n'est pas toujours durable.

La Prostatectomie

Préconisée d'abord entre 1880 et 1890 fut délaissée durant quelques années pendant que les opérations sur le testicule et l'appareil testiculaire avaient la vogue, aujourd'hui elle se pratique partout de plus en plus. La prostatectomie est l'enlèvement de la prostate. Elle est partielle ou totale. — Elle se pratique par la voie hypogastrique, par la voie périnéale ou par les 2 à la fois.

Prostatectomie par la voie sus-pubienne. La voie sus-pubienne convient surtout pour l'extirpation des parties de la glande qui font saillie dans la vessie et empêchent l'évacuation. Elle peut servir aussi pour l'enlèvement complet de la glande.

On fait la taille sus-pubienne et après examen de la vessie si on trouve une tumeur pédiculée on l'enlève d'un coup de ciseaux ou par la torsion, Si c'est une excroissance sessile sur une des lèvres du col deux coups de ciseaux en V en font l'ablation. Quand la P. Hyp. fait un bourrelet tout autour de l'extrémité vesicale de l'urètre et proemine dans la vessie, une section en coin sur la lèvre postérieure de ce bourrelet lève l'obstacle. Quand les lobes latéraux font saillie dans le réservoir de l'urine, on incise la muqueuse au sommet de la tumeur on la dissèque un peu de chaque côté et alors on peut avec le doigt énucléer les masses hypertrophiées. Il faut avant de terminer, explorer l'urètre avec le doigt pour s'assurer que le canal est libre.

Si la vessie est aseptique elle peut être fermée laissant une sonde dans l'urètre, sinon il faut faire le drainage hypogastrique par les tubes Guyon-Perier.

L'hémorrhagie est généralement peu considérable et est arrêtée par des irrigations chaudes, par le tamponnement pendant quelques minutes, par la suture ou par un tamponnement méthodique autour des drains.

La mortalité jusqu'ici a été assez considérable, 10, à 12% car la plupart du temps l'opération a été faite en dernier ressort et les malades n'étaient pas en état d'endurer une opération sérieuse. Mais sur des sujets aseptiques exempts d'affection rénale, la mortalité devra être peu considérable. C'est une opération présentant très peu de gravité quand il s'agit simplement d'enlever une petite tumeur pédiculée ou même sessile par 1 ou 2 coups de ciseaux. Mais quand il faut euclner des masses considérables dans les lobes latéraux laissant dans la périnée une cavité impossible à drainer c'est plus sérieux et dans ces cas on doit faire une boutonnière périnéale pour le drainage. Malgré ce qu'en dit Albarran ²¹ cette opération a beaucoup de vogue surtout en Angleterre et aux Etats-Unis.

Résultats. — Au Congrès international de 1901, Desnos a rapporté 31 opérations. 3 morts. — Résultats nuls ou mal connus. 3 — aggravations. 4 — améliorations ou guérisons. 21. Il peut y avoir récurrence.

Observations personnelles

1896 janvier 8 — I. I. 80 ans. — Sondé pour rétention aigue il y a deux jours ne peut uriner car la vessie est pleine de caillots. Après avoir essayé sans succès d'empêcher l'hémorrhagie, je lui fis une cystotomie sus-pubienne. Je constate alors la présence d'une petite tumeur prostatique, pédiculée, implantée sur la lèvre postérieure du col. Je l'enlevai par torsion. Le malade anémié et injecté mourut au bout de 7 jours.

1896 — Le 8 janvier je fus appelé auprès de P. V. âgé de 59 ans, qui 4 jours auparavant, avait été sondé pour une rétention aigue. Il avait saigné depuis et sa vessie était pleine de caillots. Après avoir essayé en vain d'assurer l'évacuation facile du réservoir urinaire — le 12 janvier, je fis une cystotomie sus-pubienne et découvris une saillie prostatique médiane dont le pédicule $\frac{1}{2}$ pouce de large était implanté sur la lèvre postérieure du col. Après avoir incisé la muqueuse autour du point d'implantation j'enlevai par torsion l'excroissance, et suturai la muqueuse. Puis je fermai la vessie autour des tubes Guyon Perrier. La guérison se fit sans incident. Vu ces jours derniers, le malade me dit, qu'il ne se sonde que rarement et alors c'est parce qu'il aura été obligé de se retenir trop longtemps d'uriner. Il urine 3 fois la nuit et n'a jamais d'hématurie.

F. A. — Cultivateur, 56 ans, marié. Se présente à l'Hôtel-Dieu en mai 1902, se plaignant de douleurs très fortes dans le bas ventre avec irradiations du côté de la verge. Il y a 40 mois il fit sans cause connue une rétention qui l'obligea à se sonder pendant 5 à 6 jours. Depuis lors il souffre. Le moindre mouvement provoque des douleurs intolérables. Les mictions sont fréquentes, toutes les 15 minutes, et sont brusquement interrompues quelquefois. — Les urines contiennent du

sang et du pus. Il passe quelquefois de petits calculs. La vessie est très intolérante et contient un calcul volumineux. La digestion est mauvaise. Le malade a eu des frissons et de la fièvre. Sa température varie entre 99.5 et 101 Fah. Les vaisseaux sont athéromateux et son pouls est misérable. — *Diagnomatique*, hypertrophie, prostatique et calcul vésical.

9 mai, Opération — Anesthésie par chloroforme, bien supportée.

Tentatives de lithotritie mais impossibilité de vérifier les prises.

Lithotomie sus-pubienne. — Le calcul d'un volume considérable était fixé, entre une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule formée par le lobe droit de la prostate hypertrophiée et la paroi postérieure de la vessie contractée dessus. Section de la muqueuse au sommet de la tumeur, encléation de celle-ci et d'une autre plus petite du côté opposé, avec les doigts. Pas de sutures — Tubes Guyon — Périer et sonde à demeure.

Après l'opération température audessous de la normale — Mort dans 36 heures.

J'aurais dû simplement enlever la pierre d'abord et faire plus tard la prostatectomie.

Prostatectomie périnéale.

La prostatectomie périnéale est partielle ou totale; se fait avec ou sans ouverture de l'urètre et de la vessie par le périnée.

Prostatectomie périnéale sans ouverture de la vessie ni de l'urètre.

Procédé de Dittel 22. — Incision antero-postérieure à gauche de l'anus, courbe à concavité interne, commençant au milieu du raphe périnéale et se terminant au sommet du Cocey. Le rectum est poussé en arrière et à droite, la face postérieure de la prostate est exposée et dans chaque lobe latéral un coin de tissu prostatique est enlevé. Ce procédé donne trop peu de jour.

Procédé de Nichol. — D'après ce procédé l'opération se fait par les voies hypogastriques et périnéales sans ouvrir par le périnée ni la vessie ni l'urètre. — L'opération de Nichol est pratiquée comme suit : Cystotomie sus-pubienne — incision médiane du raphé périnéale. — Séparation du rectum de la prostate — Incision de la capsule prostatique — Enucléature de la glande avec les doigts de la main droite ou les pinces tandis que les doigts de la main gauche dans la vessie refoulent la prostate vers le périnée.

Albarran fait la même opération avec les modifications suivantes : Au périnée il fait l'incision de Proust, enlève la glande par morcellement au moyen d'une pince coupante de son invention 23.

Procédé de Baudet. — Incision médiane du raphé. L'extrémité postérieure de cette incision se bifurque, les deux branches se portant en arrière et en dehors vers les ischions. La prostate étant exposée sa capsule est incisée sur la ligne médiane et relevée de chaque côté. La glande est divisée dans le même sens et les deux moitiés sont enlevées par morcellement.

Ces opérations sont des prostatectomies partielles du sous-capsulaires et sont peu graves si les malades ne sont pas trop infectés.

Prédal dit que dans les cas de survie un résultat favorable petit ou grand a été atteint dans les 53 cas qu'il a relevés 24.

Prostatectomie périnéale avec ouverture de l'urètre. — Prostatectomie totale.

Procédé de Gosset et Proust 25. — Une mèche de gaze dans le rectum — Un cathéter métallique dans la vessie — Incision transversale du périnée en avant de l'anus. — Cette incision s'étend d'une tubérosité ischiatique à l'autre et est courbe à concavité postérieure. Incision latérale s'étendant de l'extrémité gauche de la première au cocéyx, concave en dedans et passant à gauche de l'anus.

Division de la peau et du fascia superficiel puis dans l'incision antéro-postérieure séparation de la partie latérale du rectum de la graisse qui emplit la fosse ischio-rectale dans l'incision pré-rectale le bulbe est découvert; isolé et tenu en en avant. Le rectum est poussé en arrière. Arrivé au bec de la prostate il y a un plan de clivage qui permet facilement de séparer cet organe du rectum. Cette séparation doit être effectuée aussi haut que possible. Alors une valve vaginale est introduite pour protéger l'intestin et le tenir en arrière. Pour faciliter cette manœuvre un coup de ciseaux est donné dans les fibres antérieures du releveur de l'anus de chaque côté. Alors, en incisant sur la ligne médiane postérieure la capsule celluleuse de la prostate on peut facilement énucléer celle-ci.

Si on veut faire une résection partielle on peut comme Dittel réserver un coin dans chaque lobe latérale sans ouvrir l'urètre.

S'il s'agit de l'oblitération totale de la glande il faut en faire une hémisection postérieure et en même temps inciser l'urètre prostatique, saisir chaque moitié avec une pince à griffes et en faire la résection. Ensuite fermer la vessie et l'urètre sur une sonde à demeure. Suture le reste de la plaie y laissant un petit drain pour le cas où la suture de la vessie ou de l'urètre céderait.»

Gravité.— Dans les *Hunterian lectures* 1892, Moullin rapporte 94 cas de prostatectomie sus-pubienne avec une mortalité de 20 par cent. Il fit remarquer que dans les premiers 47 cas la mortalité était de 25% tandis qu'elle n'était que de 15% dans les 47 derniers. Il prédit que: avec des méthodes perfectionnées et entre les mains de chirurgiens habitués à faire l'opération la mortalité diminuerait considérablement. En effet, (en 1902,) [Albarran²⁶ dit que la prostatectomie périnéale est une opération peu grave et il rapporte 35. prostatectomies périnéales pratiquées sur des malades pris au hasard de la série,

sans choix tous infectés et dont l'âge moyen était 63 ans. Un seul est mort, 5 semaines après l'opération. La mortalité a donc été de 28%, 31 de ces cas ont pu être suivis; sur ce nombre il y avait 23 guérisons complètes et 2 grandes améliorations.

Observations Personnelles.

F. P. un tout petit homme, un journalier de 67 ans, marié depuis 37 ans. Entre à l'hôtel-Dieu le 7 janvier 1902 pour une rétention incomplète aigüe, *antécédents*: Avait eu 2 gonorrhées dans sa jeunesse. Depuis 10 ans, il avait des troubles urinaires sans cependant en souffrir beaucoup. Il urinait une fois la nuit et plusieurs fois la matin. Quand il se retenait longtemps, le début de la miction était difficile, il avait retard dans l'arrivée de l'urine au méat. Le 1er janvier 1902, sans aucune cause connue il se trouva dans l'impossibilité de vider sa vessie, on le sonda et il n'a pu uriner seul depuis. A son arrivée il urinait par regorgement et la vessie était infectée.

Après y avoir passé 17 jours il sort de l'Hôpital où il a appris à se sonder ayant la vessie à peu près à l'état normale. Onze jours plus tard, le 4 février, il revenait à l'Hôtel-Dieu son catheter cassé dans l'urètre, la vessie très infectée et ne pouvant plus se cathétériser. Les sondages réguliers, le nettoyage à l'eau boratée les injections nitratées triomphèrent de l'infection, mais le malade restait toujours rétentionniste et était incapable de se sonder. Il accepta la Prostatectomie que je fis le 22 février.

Anesthésie au Chloroformé. Opération de Gosset et de Proust telle que décrite plus haut. Il y avait un petit abcès dans le lobe droit de la prostate.

Un doigt passé dans la vessie par l'ouverture de l'urètre facilita beaucoup l'enlèvement des parties postérieures des lobes latéraux qui faisaient saillie dans le réservoir urinaire, ainsi qu'une excroissance en crupion de poulé du lobe moyen.

Le diamètre transverse du détroit inférieur étant très court le champ était rétréci et rendait difficile la suture de l'urètre que je laissai ouvert. Après avoir mis une sonde de Pezzer dans la vessie et un gros drain dans le périnée je fermai un peu ce dernier.

3 mars l'urine était normale. Le 20 la sonde à demeure est enlevée mais est remise 4 jours plus tard à cause d'une fistule urinaire. Le 15 mai, la fistule est guérie et le malade urine seul. Revu le 25 juin il est parfaitement bien et la miction est normale.

Sur 100 hommes ayant dépassé 55 ans, 34 ont l'hypertrophie plus ou moins considérable de la prostate. Parmi ces 34 il y en a 18 qui n'en souffrent point, qui n'ont pas de symptômes cliniques. Pour les autres au nombre de 16, la prostate hypertrophiée est un néoplasme, une tumeur, qui produit à cause de son volume, de sa position et de la manière dont elle se développe des symptômes urinaires qui amènent la mort dans un temps plus ou moins long après des souffrances considérables.

De plus, sur 100 *prostatiques* 14 fois l'hypertrophie est due à une néoplasie épithéliale de nature maligne qu'il n'y a aucun moyen de distinguer des autres hypertrophies prostatiques ni par les symptômes fonctionnels ni par les signes physiques 27. Il est évident que cette tumeur, cause efficiente du prostatisme, doit subir le même sort que les néoplasmes incommodes qu'on rencontre ailleurs, c'est-à-dire l'ablation: nous ne sommes pas habitués à envisager le traitement de l'hypertrophie prostatique de cette manière. Cela n'est pas encore entré dans nos mœurs mais cela viendra. Il y a 15 ans nous n'avions pas non plus l'habitude d'opérer les cas de typhlite et de ptyphlite, cependant aujourd'hui sous le nom d'appendicite elles donnent lieu à un grand nombre d'interventions et on recommande même de les opérer tous. Est-ce à dire qu'il faille opérer tous les prostatiques? certainement non. Ainsi on n'opérera pas :

1° Ceux dont l'hypertrophie ne produit aucun symptôme.

2° Ceux qui sont à la période prémonitoire ou première période;

3° Ceux dont l'état général est trop grave pour leur permettre d'endurer une intervention sérieuse. A ces derniers on pourra quelquefois suggérer un Bottini.

A tous les autres prostaticques on proposera une prostatectomie. Il faut opérer le plus tôt possible et ne pas attendre que le malade soit mourant pour intervenir.

1. Albarrau in *Le Deutre Tr déchir.* ix p. 605
2. Velpeau. *Leçon de clin.* 1841 p. 478
3. *Le Deutra. Tr déchir.* ix p. 670
4. Albarrau et Motz. *Ann. des Mal. gen. urin.* 1898 p. 41
5. Albar. et Motz. *Annales gen. urin.* 1898 p. 62
6. Desnos : *Traité Mod de l'Hyp. prostat.* p. 37
7. Carlier : *Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 789
8. Desnos : *Loc-Cit* p. 22
9. Albar. et Motz — *Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 245
10. Carlier : *Ann. Gen. Urin.* 1900 p. 69
11. Albar. et Motz — *Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 265
12. Desnos : *Loc. Cit* p. 23
13. *Ann. Gen. Urin.* 1893 p. 934 — 1895 p. 161 Desnos : *Locr Cit.* p. 13
14. *Ann. Gen. Urin.* 1900 p. 969
15. Desnos : *Loc. Cit.* p. 13
16. *Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 71
17. *American Medicinet* II p. 562
18. *Americ. Med.* II p. 650
19. *Le Deutre : In déchir.* ix p. 655
20. *Americ. Med.* II p. 650
21. *La Presse Médicale* 1902 p. 496
22. Moullin : *Enlarge of Prostates* p. 132
23. *Le Deutre : Ir. déchir.* ix p. 660
24. Desnos : *Loc. cit.* p. 31
25. *Ann. Gen. Urin.* 1900 p. 35
26. *La Presse Médicale* 1900 p. 496.
27. Albarraun et Hallé — *Ann. Gen. Urin.* 1900 p. 134.

GÉOGRAPHIE MÉDICALE (1)

Par JOSEPH SCHMIDT

Médecin à Anticosti

L'île d'Anticosti, située dans le Golfe St-Laurent, occupe sur le sphère terrestre l'espace compris entre le 61, 38 et le 64, 35 degrés de longitude ouest de Greenwich et le 49, 4 et 49, 53 degré de latitude Nord. Alors que sa longitude s'étend sur un espace de 3 degrés, sa latitude au contraire, se trouve tout entière dans un seul degré. Il résulte de cette disposition et en outre de l'uniformité du terrain, composé de puissantes assises siluriennes d'un parallélisme remarquable et dont l'inclinaison en pente douce au sud-ouest est régulière, sans accident important de terrain ainsi que d'une certaine régularité de la température des eaux du Golfe, due à la puissance des marées et des courants, que l'île présente dans toute son étendue un climat sensiblement identique.

D'après les observations publiées par le Service météorologique du Canada, et d'après celles que j'ai pu prendre tous les jours depuis 1896 au moyen d'appareils enregistreurs, il est parfaitement évident que l'île jouit d'un climat beaucoup plus régulier que bien des points situés dans l'intérieur du continent Américain, et que si, par exemple, nous avons moins chaud en été qu'à Québec nous avons en revanche, quoique plus au Nord, moins froid en hiver.

Si nous comparons quelques points continentaux, situés sous la même latitude dans l'hémisphère Nord, nous voyons qu'en

(1) Travail présenté au premier Congrès des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord les 25, 26, 27, Juin 1902 à Québec.

Canada, à Winnipeg, les hivers sont incomparablement plus froids que sur l'île et les étés un peu plus chauds.

En continuant notre revue rapide des climats de même latitude en allant à l'ouest, nous constatons qu'à mesure que nous approchons de la côte de l'Océan Pacifique, la courbe thermique est plus relevée en toutes saisons, et qu'à Vancouver, hivers et étés sont beaucoup plus chauds qu'à Anticosti. Cela n'a rien d'ailleurs, qui doive nous surprendre, étant donné que dans l'hémisphère Nord, les côtes occidentales des continents sont visitées par les courants marins chauds, alors que les côtes orientales sont baignées par les courants froids venus des pôles.

Bien que les documents manquent, en partie à cet égard, il est permis de croire que sous la même latitude nous retrouverions notre température d'Anticosti dans certaines îles de la Mer d'Okhotsk, en bordure du Continent Asiatique, et qu'en pénétrant dans ce Continent, nous rencontrerions au contraire à Mergen, Kirghiz Nor, Tourgaï, les écarts de température plus considérables des climats purement continentaux. Il en serait de même pour ces écarts en poursuivant notre course en Europe et en passant par Poltava, Lemberg, en Russie, Pilsen, Baireuth Wurzburg, Darmstadt, Luxembourg en Allemagne et enfin Rocroi, St-Quentin, Amiens, Dieppe, Cherbourg, etc., en France, où la température s'égalise d'autant plus que nous nous rapprochons davantage de l'Océan Atlantique.

Anticosti, tout en bénéficiant de la régularité de la température du climat marin, n'est toutefois pas une île océanique, mais bien une île continentale. A ce point de vue, l'un des avantages qu'elle retire de la proximité de son immense voisin est la rareté de la brume et la fréquence de la pureté du ciel qui la rend, de ce côté, très différente de St-Pierre et Miquelon. C'est même à cette pureté du ciel que l'île doit en partie la *luxuriance* de sa végétation en ce qui concerne les graminées et le *mûrissement* du blé et du maïs bien que le thermomètre qui place l'Ontario dans le climat tempéré, nous oblige, en suivant

la classification de J. Rochard, à placer Anticosti dans le climat froid, dernière zone avant le climat polaire.

Ce climat ne nous présente en somme que deux saisons, un long hiver et un été fort court pendant lequel la végétation parcourt entièrement son cycle avec une étonnante rapidité

En juillet, la température s'élève rarement au dessus de 23 degrés centigrades pendant quelques instant et en hiver ne descend qu'exceptionnellement au-dessous de 35 degrés. Ces extrêmes ne se produisent même pas chaque année.

L'île est toute entière recouverte d'une forêt composée surtout de sapin, d'épinette, de bouleau de mélèze, de sorbier, de faux-tremble, de peuplier beaumier, avec de place en place du pin et du frêne. Cette forêt très dense, parsemée de lacs et de savanes, est souvent en été presque impénétrable, mais dans les chemins nouvellement ouverts ou dans les portages naturels des rivières, le voyageur s'y délecte de la pureté des brises marines qui se mêle agréablement à l'odeur résineuse des essences forestières sous l'influence de l'action actinique de l'astre du jour. Nombreuses y sont en toutes saisons les journées délicieusement ensoleillées.

La terre d'Anticosti est naturellement fertile et de nombreux travaux de défrichement accompagnés parallèlement de grands travaux d'assèchement égoutent le sol trop humide et font pénétrer jusqu'à lui l'air et le soleil.

L'eau y est partout en abondance et se trouve de bonne qualité. Elle provient en grande partie de la fonte des neiges qui forme une réserve que l'humus, les mousses et les arbres ne laissent évaporer et égoutter que peu à peu pendant l'été. Aussi se trouvent en quantité les sources limpides qui forment les lacs et les rivières où se complaisent de nombreux représentants des salmonidés.

Autour de l'île, l'eau de mer qui par le temps calme est d'une transparence de cristal, change souvent de coloration et prend toute la gamme des teintes suivant l'état du fond et

du ciel. Dans le fond des baies, au commencement de l'été, les bordures de la forêt sont ravissantes. Le sorbier y montre son feuillage découpé à côté du faux-tremble qui secoue dans la clarté du ciel ses feuilles mobiles au moindre souffle de la brise, plus près de terre, les fleurs du précoce amélanchier et de l'élégant pimbina présentent leur gracieux ornement, tandis que dans la mousse se voit la ravissante orchidée *Calypso* et que la ronce naine exalte le doux parfum de sa fleur.

Le climat d'Anticosti est sain, et malgré la quantité de diptères qui sévissent du 15 juin au 15 août et qui heureusement disparaissent dans les endroits défraîchés et drainés,— la malaria y est inconnue. Outre la piqûre des insectes qui s'attaquent à l'homme et aux animaux, ce dont se plaignent les plus nouveaux arrivants, c'est de la fréquence et de la violence des vents. Il est certain, en effet, que sans parler des tempêtes de l'hiver où le vent glacial du Nord-Ouest défile avec sa *poudrerie* de neige, souvent pendant trois jours consécutifs avec une température de 20 à 24 degrés centigrades au-dessous de zéro et une vitesse de 60 à 80 milles à l'heure, si bien que les parties du corps qui y sont exposées sont gelées en quelques minutes, il y a même en été, des vents suffisamment froids pour nécessiter le port continu de vêtements de laine.

Cette situation climatérique étant définie, voyons en prenant pour guide l'excellent *rapport du conseil d'hygiène de la Province de Québec*, comment les maladies vont se comporter à l'île sur une population de 500 habitants à laquelle il faut ajouter pendant l'été environ 200 travailleurs du Continent.

MALADIES CONTAGIEUSES

Neuf articles sur les 28 du Règlement spécial à l'île s'occupent des questions d'hygiène et des maladies contagieuses.

VARIOLE. — A propos de la variole, il est dit dans l'article 18 que tout habitant en entrant dans l'île doit être vacciné et revacciné par période au moins décennale. Il résulte de

l'application de cet article que la variole nous est jusqu'à présent inconnue et qu'il y a tout lieu d'espérer qu'il en sera ainsi de même par la suite. Je me suis toujours servi pour la vaccine de tubes de lymphé glycerinée de France qui n'ont jamais donné lieu à aucun accident.

Toute la population a donc été de la sorte vaccinée et de même le sont tous les travailleurs qui viennent en été à moins qu'ils n'aient des traces récentes d'une vaccine légitime ou un certificat de leur médecin, constatant une vaccination datant de moins de sept années.

DIPHTÉRIE. — La diphtérie a fait son apparition sur l'île à deux reprises. En 1899 à la Baie du Renard, elle a été introduite par un insulaire revenant en barque de pêche du Continent avec sa famille. La maladie s'est déclarée chez un de ses enfants trois jours après son arrivée. Etant donné mon éloignement — le domicile du médecin est à la Baie Ste-Claire distance de 125 milles marins de la Baie du Renard, — la difficulté de la surveillance médicale et le mauvais vouloir des intéressés, la diphtérie n'a pas tardé à sévir. Toutes les familles de la Baie du Renard qui provenaient en grande partie de Terre-Neuve, ont, du reste, depuis quitté l'île et leurs maisons ont été brûlées, ce qui a constitué la désinfection idéale.

Le seconde apparition de cette maladie a eu lieu en novembre dernier à la Baie Ste-Claire où elle semble avoir été introduite par un paquet de linge venu du Continent. Les mesures les plus rigoureuses ont été prises dès l'apparition du fléau; licenciement de l'école, barrage sanitaire, désinfection au formol des locaux, etc; si bien que la diphtérie a été circonscrite à trois maisons, et que le Jour des Rois, cinq semaines après le début du premier cas, toutes les mesures de rigueur ont été levées, l'école a été réouverte et la maladie était définitivement érayée.

FIÈVRE SCARLATINE.
FIÈVRE TYPHOÏDE.

AUCUN CAS.
DO.

ROUGEOLE. — Le premier octobre 1898, quelques jours après l'arrivée d'un jeune fille venant en barque de la rivière Magpie sur la côte Nord du St-Laurent (Côte Labradorienne), je constatai chez cette personne les premiers symptômes de la rougeole.

La contagion était vraisemblable déjà affectuée; autour de la maladie; aussi, malgré l'isolement du sujet, isolement sur l'efficacité duquel il était difficile de se faire illusion, la maladie se trouva bien vite répandue dans les maisons voisines, puis dans tout le pays. En même temps j'apprenais que de nombreux cas de rougeole se développaient également sur la côte Nord du St-Laurent dont nous sommes séparés par un bras de mer de 18 milles de largeur, à l'endroit le plus étroit, et que cette maladie sévissait à la Pointe aux Esquimaux, à la Rivière au Tonnerre, et surtout parmi les jeunes enfants des Indiens des îles Mingan dont nous sommes éloignés seulement de 14 milles marins et où elle présentait une forte mortalité.

D'après les renseignements que j'ai eus alors sur ces îles que j'ai autrefois visitées, la complication la plus fréquente était la broncho-pneumonie. A l'île d'Anticosti, nous avons été plus heureux et n'avons pas eu à déplorer un seul décès.

La rougeole apportée du Continent avait débuté à la Baie Ste-Claire et ne tarda pas, par les allées et venues, à gagner le village de l'Anse aux Fraises distant de six milles.

Ces deux endroits sont pour le moment les plus importants de l'île comme population. Dans chacun d'eux, l'épidémie qui a été bénigne, a duré environ cinq semaines et, la population presque entière ayant été atteinte, la maladie a pris fin par la même raison que dans le Cid ou "le combat finit, faute de combattants".

A part quelques fonctionnaires français et leurs familles, à part quelques pêcheurs qui avait séjourné autrefois dans la Gaspésie et la Baie des Chaleurs, presque tous les habitants, jeunes ou vieux, ont été atteints.

En France je n'avais guère vu la rougeole que chez les enfants.

COQUELUCHE
PNEUMONIE.

— AUCUN CAS. —
— DO. —

OREILLONS. — Les oreillons que les pêcheurs du Golfe appellent « oripiaux » ont fait leur apparition au mois de novembre 1900.

Ils ont débuté sur un pêcheur de l'île qui était de retour de la Gaspésie depuis deux semaines.

Cette maladie si éminemment contagieuse et si généralement bénigne n'a pas tardé à s'étendre aux différentes maisons de la Baie Ste-Claire, pour bientôt atteindre l'Anse aux Fraises, mais alors que la rougeole n'avait duré en tout que cinq semaines, les oreillons, au contraire, vu leur plus longue période d'incubation, se sont échelonnés pendant une grande partie de l'hiver. Comme pour la rougeole, les insulaires de naissance ou quelques personnes habitant l'île depuis plus de 20 ans ont seuls été atteints, à l'exclusion des nouveaux importés tant de France que du Continent Américain.

A signaler dans cette épidémie qui s'est, du reste, maintenue très bénigne, trois cas d'orchite ourlienne.

Comme pour la rougeole, également, les familles résidant en des points de l'île éloignés des deux principaux centres, telles que celles des gardiens de phare et de certains employés de télégraphe n'ont pas été atteintes.

Les oreillons ont affecté de préférence les enfants à partir de 3 ans et les adultes de deux sexes de 15 à 30 ans.

GRIPPÉ. — L'influenza qui nous a été apportée par deux fois du Continent pendant nos communications d'été, a laissé d'assez nombreux indemnes et n'a jamais présenté aucun caractère de gravité chez les sujets qui l'on subie.

TUBÉRCULOSE. — Sur les 90 familles qui habitent l'île, trois ont présenté de la Tuberculose, l'une, deux cas de Tuberculose pulmonaire chez des jeunes filles ayant séjourné dans un couvent du Continent; l'autre, un cas de Tuberculose pulmonaire

chez un vieillard venu de la Gaspésie et la troisième un cas de Tuberculose osseuse chez un enfant dont la maison était voisine du précédent. Les parents et les cinq frères de cet enfant sont en parfaite santé. Inutile de dire que tout le possible est tenté pour essayer de limiter et d'éteindre ces foyers. Pour ce qui est des rapports continentaux, toute personne qui vient du Continent, n'obtient le droit de résider sur l'île que si elle est indemne de toute tare tuberculeuse.

Quand à ce qui est des animaux importés, ils font à leur arrivée sur l'île une quarantaine dans un sanatorium où je les tiens en observation et l'espace bovine y subit par mes soins l'épreuve de la Tuberculine,

MALADIES DIVERSES

SCORBUT. Quelques cas bénins de scorbut constatés en 1896 à notre arrivée sur l'île ont disparu depuis par l'usage plus fréquent de la viande fraîche et des végétaux.

ALCOOLISME. — L'article 5 du Règlement étant ainsi conçu « L'usage de l'alcool, des spiritueux et boissons fermentées est prohibé » toute pathologie de ce côté se trouve donc supprimée.

GOUTTÉ. AUCUN CAS.

RHUMATISME. — Très rare et à forme articulaire légère.

OPHTALMIE DES NEIGES. — Assez fréquente à la fin de l'hiver chez les imprudents qui ne portent pas de verres de couleur.

ENGELURES. — Elles n'existent pas ici, et certains Français qui en avaient dans leur pays pendant chaque hiver n'en ont plus jamais eu depuis leur séjour à Anticosti.

BRONCHITE AIGUE SIMPLE. Avec les vents humides du sud et du sud-est, les affections des voies respiratoires et particulièrement les bronchites aiguës y sont assez fréquentes, quoique sans gravité.

Je m'explique cette bronchite qui est le plus souvent légère de la façon suivante. Sous l'influence des vents du sud ou

sud-est, — l'hygromètre enregistreur nous indique alors que l'air est humide presque à saturation — le mucus nasal se gonfle, se liquéfie, la sécrétion augmente le coryza (rhume de cerveau) se produit et la continuité de la muqueuse amène la bronchite aiguë (rhume de poitrine.) Si les choses se passent de cette façon, il suffira donc pour éviter cette bronchite d'enduire la muqueuse nasale d'un corps gras isolateur, ce qui empêchera le coryza. Et c'est en effet, ce qui a lieu chez les personnes, qui, sur mon conseil, mettent tous les soirs au moment du coucher un peu de vaseline blanche ou mieux de vaseline boriquée dans chaque narine. Pendant le sommeil, ce médicament s'étend de proche en proche, lubrifie toute la muqueuse et la met à l'abri de l'humidité. Tous ceux qui se servent fidèlement de ce procédé ne s'enrhument jamais.

Par les vents du Nord et du Nord-Ouest, beaucoup plus froids et surtout plus violents que les précédents, mais que l'hygromètre enregistreur indique comme beaucoup plus secs, je n'ai jamais constaté le moindre rhume. J'en conclus que dans la bronchite aiguë simple, il y a lieu d'incriminer avant tout l'humidité; je suis loin de prétendre qu'il ne puis y avoir l'intervention d'autres causes, de causes bactériologiques, par exemple, mais ce que je tennis à signaler, c'est que l'humidité est le premier facteur indispensable.

GASTO ENTERITE DES NOURRISSONS.

Les troubles des voies digestives sont rares, sauf la constipation, et toujours bénins. Sur une moyenne de 12 à 18 naissances annuelles, je n'ai eu, depuis six ans que j'habite l'île, aucun cas de mortalité, dû à la gastro-entérite.

Cela tient pour une bonne part au climat et à l'absence de fortes chaleurs pendant l'été, mais, cela tient, aussi, aux avis verbaux et aux remèdes qu'il m'est d'autant plus facile de faire accepter que le service médical est gratuit. En outre, j'ai fait remettre à chaque famille, après les avoir légèrement

modifiés pour les mieux adopter au pays, une copie des *Conseils pour les soins à donner aux enfant en bas age* qui accompagnent en France chaque livret de mariage et qui ont été rédigés par L'académie de médecine de PARIS.

En résumé, le climat D'Anticosti me semble très sain et très favorable aux personnes qui veulent suivre les règles d'une simple hygiène et se méfier des refroidissements que la violence du vent favoris. Il me paraît dangereux pour les tuberculeux pulmonaires dont il provoque les hémoptysies. Je noterai enfin un accroissement de la taille et de la force musculaire manifeste chez les adolescents du service agricole qui habitent l'île depuis quelques années et que l'on peut comparer à leurs frères et sœurs qui, soit sur le Continent, soit sur l'île, sont restés en dehors de ce service. Cet accroissement tient vraisemblablement à la bonne nourriture et à la vie active au grand air.

Il me reste, en terminant, l'agréable devcir à remplir de remercier les éminents Professeurs de l'Université Laval, les Médecins et les Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. de la bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée. Que ces savants maîtres soient assurés que je n'oublierai jamais combien j'ai été heureux, dans les trop courts séjours que mes occupations m'ont permis de passer à Québec, de suivre leurs services de l'hôpital et de me retremper dans leur enseignement si fécond.

27 Juin 1902.

INTERETS PROFESSIONNELS

L'ACTE MÉDICAL DU CANADA ET NOS PRIVILÈGES EN MATIÈRES D'ÉDUCATION (1).

L'acte médical du Canada, mieux connu sous le nom de projet de loi Roddick, a été adopté à la dernière session fédérale.

C'était pour la troisième fois qu'il voyait le feu de la rampe. Il n'a pas pour cela force de loi. Il demeure à l'état de projet tant que toutes les provinces ne l'auront pas accepté. (Clause 6. parag. 3 de la loi amendée.) Le refus d'une seule province d'en sanctionner le principe lui est fatal. Le parlement fédéral, tout en acquiesçant aux désirs des promoteurs, les députés de langue anglaise s'entend, cela n'a pas voulu légiférer sur une question qui est exclusivement du ressort des provinces¹. Il pouvait, certes, permettre l'*incorporation* d'un conseil médical du Canada, et il l'a fait, mais comme la mise en opération du dit conseil touchait aux questions d'ordre éducationnel, il ne pouvait se substituer aux provinces qui sont, de par l'acte de l'Amérique Britannique du nord, les seuls juges en cette matière.

C'est pourquoi, il a exigé que semblable loi ne devienne en force que lorsque toutes les provinces auront accordé les privilèges demandés.

La première étape est donc terminée, et la question se pose maintenant sur son vrai terrain, à la prochaine session des législatures provinciales.

Comme le conseil fédéral demande des privilèges exclusivement acquis aux provinces, on peut s'attendre à des luttes sérieuses, surtout à Québec. Les autres provinces, aux dires des promoteurs, sont d'ores et déjà gagnées au principe du projet de loi, ce qui d'ailleurs ne surprend pas ceux quelque peu au courant de l'évolution de l'esprit anglais dans notre pays.

Quelle position devons-nous prendre sur cette importante

(1) De la *Nouvelle-France*.

question, beaucoup plus grave en réalité dans ses conséquences prochaines, pour l'avenir de l'enseignement secondaire et supérieur de notre province, pour l'influence de la minorité française, pour la maintien intégral de nos privilèges en matière d'éducation, qu'on se plaît généralement à le croire en maints quartiers ?

Pour pouvoir juger sainement de la portée du présent projet de loi, il importe de bien connaître, les raisons de cette législation d'exception, si elles justifient un empiètement manifeste de nos droits provinciaux, les privilèges que l'on demande, les conséquences immédiates et médiatees que l'on peut en attendre.

* * *

A l'heure actuelle, le porteur d'une licence médicale ne peut exercer son art que dans les limites de sa province. Cela paraît une anomalie. Aussi on dit : pourquoi, toutes ces barrières surannées qui limitent l'activité des jeunes médecins à une seule province, ouvrons-leur au contraire, le pays tout entier c'est plus en rapport avec la libre expansion du peuple canadien, d'une largeur de vue inléniable, un progrès à réaliser.

Et ces barrières, dans la bouche des promoteurs du projet de loi, vous paraissent d'une hauteur ; on dirait que les provinces sont encerclées de murailles de Chine qui étouffent les professionnels, les anéantissent, qu'ils y manquent d'air. Tout cela est bien exagéré ; d'aucuns disent à dessein. De fait, il n'y a pas de barrières infranchissables entre les provinces ; il n'y en a même aucune à proprement parler. Tout porteur de diplôme d'une université reconnue, ou d'une licence provinciale, peut sans difficultés les traverser. On y réclame un simple brevet de capacité, de qualification professionnelle, en d'autres termes, à tout postulant on demande d'établir ses titres en passant un examen. Et c'est toute la barrière dont on fait tant de bruit. Nombre de gradués canadiens-français exercent leur profession dans toutes les autres provinces et ils n'ont jamais craint d'établir leur qualification professionnelle.

Mais comprenons sans peine, que les fruits secs, admis péniblement dans une province, après bien des refus, manquent complètement d'enthousiasme pour affronter une nouvelle épreuve à résultat pour eux toujours problématique, mais sont-ils bien intéressants? Est il vraiment nécessaire de bouleverser pour eux tout un système établi, de demander aux provinces de se départir de leurs droits en matière d'éducation? Si les promoteurs du projet de loi croient réellement que les examens sont une barrière sérieuse pour la majorité des leurs, n'est-ce pas là l'admission tacite de l'infériorité de leur qualification professionnelle? ou bien, n'est-ce là qu'un trompe l'œil, qu'un moyen bien trouvé pour faire accepter plus facilement le fédéralisme médical?

Admettons qu'il serait désirable qu'un licencié pourrait exercer son art par tout le Canada, et nous sommes disposés à y souscrire, est-il encore nécessaire pour en arriver à cette fin de fédéraliser l'enseignement médical? N'y a-t-il pas d'autres voies plus normales, plus faciles à suivre, d'autres moyens plus respectueux des droits provinciaux à employer pour obtenir une réciprocité interprovinciale?

Les bureaux locaux ont de par la loi le pouvoir de faire des arrangements pour en arriver à une entente, à une réciprocité interprovinciale comme on l'a appelée. Déjà, il y quelques années à peine, un tel projet faillit réussir et sans une volte-face subite d'Ontario, les médecins, désireux de porter leur science au loin, auraient plein pouvoir de le faire.

Toute la question est là. Tous sont favorables à une réciprocité; mais de là à accepter le projet de loi Roddick pour l'obtenir, il y a un abîme; ce serait concéder trop pour avoir bien peu en retour et pour servir à un petit nombre. Pourquoi ne pas laisser les provinces travailler de concert en vue d'une entente, tout en conservant cependant la plénitude de leurs privilèges? Cela ne serait-il pas plus normal, plus judicieux, plus conforme au libre exercice de leurs droits éducationnels?

Et puis, en supposant que cette réforme soit désirable, s'impo-

se-t-elle par un danger imminent à conjurer ? Sa nécessité est-elle urgente au point de faire accepter, les yeux fermés, un projet qui est, à quelques exceptions près, inconnu ou mal connu de la minorité française la plus intéressée dans la question et qui lui est suspect à plus d'un point de vue ?

Pourquoi, nous nous le demandons, est-on si fébrilement anxieux en certains quartiers d'en arriver à faire sanctionner le fédéralisme en matière d'éducation ? Est-ce que par hasard, l'état de chose actuel, vieux de 30 années et librement accepté par tous, générerait l'ambition, les visées d'expansion de quelques universités ou écoles ?

* * *

N'empêche, que les promoteurs du projet Roddick entendent se prévaloir d'une loi fédérale.

Ils ont obtenu l'*incorporation*, d'un conseil, sous le nom de Conseil médical du Canada, qui doit être composé de 39 à 41 membres à peu près. Le gouvernement nomme 7 membres, chaque université ou école un représentant, les homéopathes en ont 3, et les provinces, en proportion du nombre de médecins inscrits dans chacune d'elles. Seulement, on a arrangé les choses de telle manière que les petites provinces sont numériquement beaucoup plus représentées que les grandes. On a statué aussi, qu'aucune personne intéressée de près ou de loin avec l'enseignement médical, ne sera éligible par les professionnels de sa province respective. Cet ostracisme des professeurs a été une concession faite au bureau médical d'Ontario qui a toujours été en guerre ouverte avec les universités. De même, dans le but de vaincre la répugnance des petites provinces pour le fédéralisme, on a fait miroiter leur influence future dans le conseil, on leur accordant une représentation énorme comparée à celle des grandes provinces. Ainsi par exemple, l'Isle du Prince Edouard avec ses 80 médecins aura 1 représentant élu, tandis que la province de Québec avec ses 1700 à 1800 médecins n'en aura que 4 à 5.

On remarquera, non sans surprise, que, pour la première fois le gouvernement fédéral introduit son influence dans la direction d'une profession. Sept membres sur les 39 à 41 seront des médecins politiques. Il paraît que cela est appelé à rendre de grands services à l'enseignement médical dans notre pays. D'autres disent aussi que c'est un moyen d'induire le gouvernement fédéral à payer des salaires aux futurs dignitaires et défrayer tous les menus frais qu'occasionnera le fonctionnement du dit conseil. Cela importé peu. Ce qu'il y a d'indiscutable, c'est l'entrée dans le conseil d'une profession, d'une influence malsaine, celle de la politique, qui doit toujours en être bannie. Prenons note de ce fait pour le moment. Demandons-nous maintenant quelle part d'influence est réservée à la minorité française dans le conseil médical; l'élément français y sera-t-il représenté en proportion de son importance, en proportion du respect qui est dû à la minorité française ?

Il y aura au plus quatre à cinq délégués de nationalité française dans une assemblée de 39 à 41. Les commentaires nous paraissent superflus. L'influence française s'y trouve noyée, elle ne compte plus.

L'élément anglo-saxon aura, par contre, ses coudées franches dans les règlementations et les décisions qui seront adoptées.

Le mal ne serait pas encore bien grand, si le projet de loi s'en tenait à la création d'un conseil fédéral qui n'aurait d'autres attributions que celles d'émettre des vœux platoniques; mais le conseil, comme tout conseil qui se respecte, entend avoir des privilèges et non des moindres. Ainsi à la clause 4, para. (a). (c), (d) on demande, « pour obtenir un degré d'aptitude et de « connaissance en médecine qui permettra à ceux qui l'obtiennent de pratiquer dans tout le pays, le droit d'établir et fixer « les qualités érigées pour l'inscription y compris les *cours d'études à suivre, les examens à subir et en général les conditions requises pour l'inscription,* » et plus loin à la clause 10. para. (h) (i) (ii) (iii) (j) le projet de loi dit clairement que le dit

conseil pourra en tout temps établir des règlements relatifs: « à l'immatriculation et l'inscription des praticiens et étudiants. « aux qualités requises de tous ceux qui désirent se faire inscrire soit comme étudiant, soit comme praticien; au nombre « à la nature, aux époques, au mode des examens à subir; aux « conditions auxquelles seront reçues comme preuve de capacité « l'immatriculation et les certificats d'Université, collèges et autres institutions d'éducation ou corps administratifs d'autres « professions, à la dispense pour les candidats, soit partielle. « soit totale, de subir des examens » etc. Enfin un paragraphe (iii), avertit charitablement les maisons d'Education, « Que la « possession seule d'un degré d'une Université canadienne ou « d'un certificat d'inscription provinciale, ne donne pas à son « porteur le droit d'être inscrit en vertu du présent acte. »

De tout ce qui précède il résulte clairement, que le conseil médical du Canada fera des programmes, pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine, que les élèves devront suivre, s'ils veulent bénéficier de la loi fédérale, et tiendra des examens pour les sanctionner.

Les candidats heureux seront alors munis d'une licence leur permettant d'exercer la médecine où bon leur semblera.

Jusqu'à aujourd'hui, c'était le bureau médical provincial qui au moyen de lois-provinciales ou règlements acceptés par le gouverneur en conseil, posait les conditions requises pour le brevet, le cours d'études à suivre, leur mode, leur durée, leurs qualités et délivrait une licence *ad practicandum* après s'être enquis si le postulant avait satisfait complètement à tous les règlements

Personne n'avait le droit de se soustraire à l'autorité du bureau provincial, qui de par la loi gardait un contrôle exclusif sur les examens à passer et pour l'obtention des diplômes.

C'est d'ailleurs ce qui se passe pour le droit et le notariat Et il n'y a pas lieu d'en être surpris vu que ce n'est que la libre jouissance de privilèges exclusivement garantis aux provinces par l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord.

Or, que demande-t-on dans le projet de loi Roddick ?

Le privilège de faire des programmes d'études tant préparatoires que professionnels, et de les sanctionner par des examens, dont le résultat heureux sera le droit pour le candidat de pratiquer dans la province qui lui conviendra, sans que le bureau local ait à s'occuper de ses qualifications, ni le droit de les discuter. On demande donc le privilège de régler l'éducation, puis de faire des médecins sans passer par la juridiction provinciale.

Si ce n'est pas là un empiètement sur nos privilèges, nous nous demandons ce que c'est.

Les promoteurs du projet de loi objectent qu'il n'y a obligation pour personne et que chacun étant libre de choisir, il n'y a pas par conséquent atteinte aux privilèges éducationnels des provinces. Cette objection est plus spécieuse que réellement concluante.

Il est vrai qu'aucun étudiant n'est forcé de suivre la voie fédérale, mais n'y en eut-il qu'un très petit nombre, c'est autant de soustrait à la juridiction du bureau local, aux contrôles des lois provinciales.

Naturellement, les promoteurs du fédéralisme ne sont pas assez naïfs pour attaquer de front les prérogatives provinciales.

Ils entendent les entamer indirectement et il est facile de s'en convaincre.

Avec le projet de loi fédéral il y aura deux pouvoirs fonctionnant parallèlement et simultanément. Lequel des deux nous nous le demandons, l'emportera en importance, éclipsera l'autre ? Est-ce le bureau local, qui augmente chaque année la difficulté des examens, qui charge le programme professionnel à suivre, et qui cantonne ensuite le candidat licencié dans les limites de sa province, ou bien, l'autre autorité, plus facile d'accès comme nous allons l'établir, et qui en outre des mêmes privilèges provinciaux ouvre, au porteur de brevet, tout le pays ? L'étudiant n'aurait-il pas un intérêt majeur à délaisser la voie battue pour la nouvelle qui lui donnera plus d'avantages immé-

diats, sans compter ceux qu'on laisse deviner ! N'a-t-on pas laissé clairement entendre que les médecins fédéralistes devaient avoir seuls accès aux positions fédérales ? Peut-on nier qu'un grand nombre d'étudiants choisirent la juridiction fédérale de préférence et qu'ainsi le projet Roddick aura porté atteinte au contrôle que les provinces entendent garder sur les examens à passer pour l'exercice des professions libérales et pour l'obtention des diplômes.

Et ceux que le conseil fédéral acceptera sans examens, (car à la clause 10, il est dit, entre autre chose, que le conseil pourra établir des règlements relatifs « à la dispense pour les candidats, « soit partielle, soit totale, de subir des examens, »), le bureau provincial ne sera-t-il pas forcé de les accepter comme qualifiés à pratiquer la médecine ?

C'est ici que les représentants politiques font une brillante rentrée en scène

Les irréguliers, qui trop souvent sont des mieux apparentés, n'auront-ils pas dans le conseil des appuis influents, disposés, pour raison majeure, à passer l'éponge, sur des manquements que le bureau provincial n'aurait pas tolérés ?

Nous comprenons sans peine que les partisans convaincus du piston n'ont pas de répugnance à accepter d'emblée le conseil fédéral, alors que le favoritisme politique aura son mot à dire, et où, les concessions réciproques des délégués des différentes provinces seront à l'ordre du jour.

Il est vrai que toutes ces petites manigances seront entourées de formes pour éviter les récriminations, mais les raisons de famille, de convenances, n'en auront pas moins leur entrée libre dans la salle ou délibèrera gravement l'Aréopage politico-médical.

Et le bureau médical provincial, profondément endormi dans une quiétude parfaite, verra passer devant sa juridiction ses administrés d'antan et descendra graduellement mais sûrement au rang d'un simple bureau d'enregistrement qui, de temps à

autre, se croira obligé de faire des règlements qu'il n'aura même pas le pouvoir de faire sanctionner.

Le jour où le ridicule de sa position sera évidente, et cela ne tardera guère, c'en sera fait des quelques privilèges qui lui restaient.

*
*
*

Ce n'est pas tout.

Le fonctionnement du conseil médical fédéral portera un rude coup à l'enseignement secondaire et professionnel dans notre province.

Pour en juger, il suffit de se demander qui fera les programmes d'admission à l'étude et à la pratique médicale et quelle en sera nécessairement la nature. Sans doute, on peut imprimer dans le projet de loi que les dits programmes seront des plus élevés, *high standard*, cela ne coûte pas cher, le papier souffre tout, même celui d'un projet de loi, et après tout ceux qui l'ont écrit le croient peut-être; mais ce n'est pas une raison pour les intéresser de faire chorus sans y regarder de près.

Il importe et beaucoup de se demander quelle sera la nature des programmes annoncés. Le projet de loi dit, que c'est le conseil qui fera les règlements relatifs à l'examen préliminaire et professionnel. Ce conseil sera composé de 35 médecins anglais ou à allégeance anglaise sur un total de 39 à 41. C'est donc des programmes tels que le préconisent les institutions anglaises qui réuniront les suffrages. Il serait souverainement ridicule de se bercer de l'illusion que, pour plaire à 4 à 5 collègues, les membres de la majorité vont mettre de côté les opinions, les goûts, les désirs de leurs provinces respectives. D'ailleurs Mr le Dr Roddick lui-même évangélisant l'année dernière les quelques derniers récalcitrants à Toronto l'a fait présenter: « The trouble will come from Quebec, but Ontario will do police duty in the council. » Cet argument a, paraît-il, été décisif. Nous sommes bien avertis, et d'ailleurs, il ne peut pas en être autrement. On n'acceptera pas notre manière de comprendre l'enseignement

préparatoire aux professions libérales alors que l'on crie sur tous les toits que le leur mérite le qualificatif de *High Standard*, tandis que celui en vigueur dans notre province est taxé d'inférieur et de non pratique ; c'est le régime de High School qu'on va nécessairement imposer. Ce ne sera même pas celui en honneur dans la province d'Ontario, que l'on considère dans les sphères anglaises comme étant le plus parfait du pays.

Peut-on supposer un seul moment que les petites provinces, moins avancées au point de vue éducationnel, et à qui cependant, on a donné tant d'influence dans le conseil, ne laisseront imposer un programme d'élimination pour leurs élèves ? Se laisseront-elles, pour employer une expression vulgaire, tordre le cou pour le plus grand plaisir des Ontariens ? Le programme sera donc le résultat de concessions mutuelles, de compromis où l'intérêt aura, avant toute chose, son mot à dire, une hybride quelconque plus ou moins incolore, satisfaisant surtout les médiocrités.

Il ne peut pas en être autrement. Le conseil fédéral, qui aura eu tant de peine à se faire accepter, fera nécessairement les yeux doux à tous ceux qui voudront de sa juridiction et il serait par trop naïf de croire que les programmes et leur application seront de nature à effrayer et décourager les candidats à la licence. Ce serait aller contre le but qu'il se propose d'atteindre et on n'est pas, que nous sachions, malhabile à ce point.

En supposant même que le programme pour l'admission à l'étude serait calqué sur celui en force à Ontario, il ne pourra supporter de comparaison avec le nôtre tant il lui sera inférieur. On sort Bachelier es-art de l'université de Toronto v. g. à 15, à 16 ans après avoir obtenu le $\frac{1}{3}$ des points à conserver. Le cours d'études y est incomplet. Peu de latin, peu ou pas de grec, des connaissances littéraires superficielles, de l'histoire d'Angleterre, des sciences élémentaires pour le bachelier senior et à peine un vague aperçu pour le bachelier junior et naturellement pas de philosophie morale et intellectuelle, mais beaucoup de mathématiques. Il est inutile d'insister, c'est le programme des *High Schools* que tout le monde connaît.

Ce programme, non seulement est inférieur en tout, aux cours classiques qui se donnent dans nos maisons d'éducation, il l'est aussi au programme d'examen que le bureau de médecine exige pour l'obtention du brevet: Le programme de *High School* ne donne qu'une formation intellectuelle insuffisante et ces gradués, bacheliers es-arts, ne se comparent même pas avec nos élèves qui ont l'inscription seule, aux épreuves du Baccalauréat.

L'université M^o Gill avait tellement bien compris la raison des hécatombes qui périodiquement se produisaient aux examens pour entrer dans les professions libérales de cette province, qu'elle fit passer la célèbre loi Hall, qui décrétait que tout bachelier es-arts était admis à l'étude d'une profession quelconque, sur présentation seule de son diplôme. On a même eu l'audace dans le temps de se faire tirer l'oreille pour accepter *ad valorem* les diplômes de B. S. et L. B. des collèges français alors qu'ils étaient beaucoup supérieurs à leur A. B. C'était l'admission tacite de l'incapacité de leurs élèves de passer l'examen de qualification. On ne l'a pas avoué bien entendu; on s'est contenté de dire qu'on n'entendait pas l'enseignement de la même manière. Naturellement la leur devait être la meilleure.

C'est justement parce que les Canadiens-français n'entendent pas l'enseignement préparatoire aux professions libérales de la même façon, qu'ils ne veulent pas se laisser imposer des programmes qu'ils trouvent à bon droit inférieurs. Et le projet de loi Rod-dick directement ou indirectement veut leur imposer.

Et qu'on ne vienne pas prétendre que nous exagérons dans le but d'établir notre thèse sur des bases solides. Nous pouvons apporter à l'appui de nos dires des témoignages qui ne peuvent passer pour suspects.

Dans le numéro de septembre 1901, la rédaction du *Montréal Médical journal*, appréciant le rapport du Dr J. R. Jones de Winnipeg présenté à la réunion d'août de la Canadian medical Association, dans lequel il déplore l'ignorance et le peu de préparation à l'étude de la médecine apportée par les étudiants de la langue anglaise, dit entre autre: « Il y a beaucoup de choses

« à approuver de grand cœur dans le rapport du Dr Jones. Il
 « a, nous croyons, reconnu et touché du doigt ce que nous con-
 « sidérons le point faible dans notre enseignement, c'est-à-dire,
 « une *mauvaise préparation à l'étude de la médecine par des*
 « *études préliminaires insuffisantes.* Non seulement au Canada,
 « mais dans toute l'Amérique du Nord, si nous en jugeons par
 « les élèves qui nous arrivent de toute part, l'enseignement reçu
 « à l'école est si peu soigné que l'étudiant en médecine ordinaire
 « n'est pas capable d'écrire en anglais convenable. Nous ne vou-
 « lons pas dire qu'il ne soit pas capable d'épeler ses mots cor-
 « rectement, bien que la chose arrive assez souvent, nous vou-
 « lons plutôt dire que son éducation a été si peu soignée qu'il
 « lui est impossible de s'exprimer en un style clair, ou, si l'on
 « veut, il prouve par ses manuscrits que, s'il a pu apprendre
 « des faits et des dates, il n'a pas appris à s'exprimer et par
 « conséquent il n'a pas appris à penser. Voilà, nous le croyons
 « sincèrement, *la grande faiblesse de notre enseignement prélimi-*
 « *naire, c'est une faiblesse qui se fera voir dans l'existence*
 « *entière d'un homme.*

« Bien que ce soit une habitude de décrier l'éducation reçue
 « par nos compatriotes de langue française, nous sommes forcés
 « d'admettre que, sous ce rapport, *l'éducation reçue dans les*
 « *grandes maisons d'éducation française de la province est*
 « *supérieure à celle que reçoivent nos jeunes compatriotes de*
 « *langue anglaise.* »

Et notez qu'il s'agit de bacheliers ès-arts.

Et puis le système ontarien a eu de si beaux résultats! Sait-on qu'avec ce beau système, si sérieux, on a réussi en quelques années, à encombrer la profession médicale? Il y a actuellement à Ontario un médecin pour moins de 600 personnes, tandis que dans notre province il n'y en a qu'un pour 900 et 1000.

* * *

Que va dire le conseil de l'instruction publique du nouveau programme qui s'annonce? Que vont penser les directeurs de

nos maisons d'éducation qui, depuis tant d'années, travaillent à faire du baccalauréat la plus concluante épreuve d'une bonne et solide formation intellectuelle ?

On a commencé par casser le privilège accordé aux bacheliers, ce qui en soi est une insulte pour le Baccalauréat de Laval, auquel aucun autre baccalauréat dans ce pays, ni examen quelconque pour entrer dans une profession ne peut être comparé, même de loin. Vont-ils pour satisfaire aux exigences du fédéralisme abaisser le niveau de leur enseignement, le bouleverser pour plaire à tous ceux qui veulent devenir des Esculapes ? Ou bien, vont-ils, le cœur léger, se désintéresser de tous ceux qui arrivés en belles lettres ou rhétorique, abandonneront le cours d'étude complet si désirable pour passer l'épreuve fédérale après quelques mois de chauffage sous un professeur ? Pense-t-on que des élèves, qui pensent gagner quelques années en passant par le fédéralisme, tiendront à faire un cours d'études complet qui en définitive ne leur donne apparemment aucun avantage immédiat ?

Le high School ou autres établissements d'éducation analogues ne répondront-ils pas mieux à leur soif de liberté, et d'avancement rapide ? Sont-ils en état de juger sainement ce qui après tout est de leur intérêt ? Et les parents qui trouvent, et avec beaucoup de raison souvent, si onéreux un cours d'étude, ne se laissent-ils pas convaincre facilement, du moment qu'il y a en perspective plusieurs années de charge à enlever à la terre hypothéquée lourdement ? La conséquence est facile à déduire. Les futurs médecins désertent les maisons d'éducation, et il n'y restera plus bientôt que les futurs étudiants en théologie vu que, la porte étant ouverte, les autres professions finiront bien par y passer, bon gré, mal gré.

Que ceux qui ont charge de l'enseignement dans cette province y songent sérieusement. En arrière de la mansuétude dont on fait parade, il y a le désir d'anihiler l'éducation française, qui est gênante par sa supériorité et aussi parce

qu'elle est une des sources de la force de l'élément canadien français en Amérique.

C'est à eux, qu'incombe le devoir de défendre nos institutions, les leurs, et de mettre en œuvre toute influence qu'ils peuvent disposer pour repousser, de concert avec nos mandataires, l'assaut à nos privilèges éducationnels.

*
* *

L'enseignement Supérieur subira le même contre-coup.

Tout ce que nous avons laissé prévoir, du fonctionnement du conseil fédéral peut aussi s'appliquer à l'enseignement universitaire. Les programmes à suivre, les examens à subir seront déterminés par le conseil et nous n'aurons qu'à accepter. Les universités bon gré, mal gré, devront se soumettre ou se démettre devant la force même des choses. Et le but vers lequel les intéressés du projet de loi Roddick tendent, c'est-à-dire l'unification des cours, des examens, des diplômes, la destruction de toute marque distinctive de l'éducation donnée dans la province de Québec, de la science française en un mot, sera bien près d'être atteint. Pour notre part, nous avons toujours cru que l'unification des programmes, pour parler comme les promoteurs, conduisait sûrement à l'uniformité dans la médiocrité. N'est-il pas plus naturel, plus conforme à l'idée du progrès du laisser les universités se développer à leur guise, au lieu de limiter leur enseignement par des programmes qui ne peuvent pas être autres choses que les résultats de compromis, de concessions mutuelles faites entre les provinces? Jamais on ne pourra espérer d'un conseil, où il y a tant d'intérêts divers, quelque chose de sérieux. Et pourtant, il faudra bien que les universités suivent ces programmes si elles veulent que leurs élèves puissent se présenter devant les examinateurs fédéraux.

On peut de là juger de la position où se trouvera l'université qui désire améliorer chaque année son enseignement et qui n'entend pas l'éducation médicale de la même manière que les

dignitaires du conseil fédéral. On dit que la science n'a pas de patrie, et c'est juste, mais les savants en ont certes une, et ils comprennent souvent l'entraînement médical d'une façon très différente

Avec le projet de loi Roddick, il va falloir que tout le monde pense et agisse de la même manière. C'est peut-être une réforme désirable pour qui l'uniformité est un symbole, mais nous voudrions bien que l'on nous démontrât que c'est là réellement faire œuvre de progrès. Et puis d'ailleurs, pense-t-on que les universités vont se laisser mettre la main dessus sans protester. Il s'en trouvera cependant qui ne protesteront pas. Dans l'étude de tout projet de cette importance, qui touche à tant d'intérêts divers, qui s'attaque même à des privilèges concédés par l'acte de l'Amérique Britannique du nord, il importe de se demander s'il n'y a pas par hasard, en dehors du but avoué, un autre qu'on n'ose pas énoncer, que l'on poursuit dans l'ombre, celui que l'on cherche réellement à atteindre. Peut-on concevoir que cette lutte menée avec tant d'opiniâtreté depuis plusieurs années n'a pour objectif que la seule réciprocité interprovinciale? Mr. le R. Roddick, le doyen de l'université McGill, aurait-il parcouru le pays d'un bout à l'autre dans un simple but de philanthropie? C'est toujours possible, et nous sommes prêts à lui en faire crédit. Cependant, il ne faut pas oublier non plus que l'université McGill se trouve placée dans une situation assez ennuyeuse, vis-à-vis de sa clientèle. Les trois quarts de ses élèves lui viennent des autres provinces ou ses diplômes ne sont pas reconnus. Cela empêche nécessairement un plus fort courant de se faire vers Montréal. Les conditions ne seraient-elles pas différentes après l'adoption du projet Roddick? Le conseil aura le droit d'accepter, sous certaines conditions, les diplômes d'universités quand il le jugera opportun. Le programme d'études et les examens ne seront pas pour déplaire non plus à l'université McGill. Puis, si l'université d'État devenait une possibilité, les écoles les plus déférentes, les plus conciliantes n'auraient certes pas les plus

mauvaises chances de décrocher la timbale. Car disons toute notre pensée, c'est l'université d'Etat qui est au finfond du projet de loi Roddick. On s'est bien gardé d'en souffler mot, par crainte de l'obstruction des universités d'Ontario; mais nous hésitons à croire que M. le Dr. Roddick aurait tant couru par monts et par vaux si l'université, dont il est le doyen, n'avait pas de bénéfice direct et indirect à en retirer. Ce qu'il fallait de prime abord c'était la sanction du principe, le fédéralisme médical, le reste, les clauses du projet de loi auxquelles on faisait mine de tenir beaucoup, c'était bien secondaire. Aussi, la facilité, la docilité même, avec laquelle les promoteurs du projet de loi ont accepté toutes les restrictions imposées, les amendements gênants, indique bien que pour eux, l'objet unique était de faire sanctionner par le gouvernement fédéral et ensuite par les provinces un principe, le fédéralisme qui servirait de base dans la suite à de nouvelles attaques contre les privilèges dont nous jouissons à l'heure actuelle.

Ce n'est pas bien malin, quand le principe d'une loi est consacré, de faire abroger, à une session subséquente, telle ou telle clause que l'on déclare inutile ou gênante pour la parfaite application de la loi, alors que la discussion se trouve circonscrite sur de simples questions de détails. C'est pour cela que l'on a accepté, sans murmurer, l'amendement proposé au sénat, statuant que le conseil fédéral n'aurait pas le droit d'avoir sous sa tutelle une université. Il fallait avant tout, que le principe fut accepté, quitte à revenir sur les détails dans la suite.

Au reste, ce n'est un mystère pour personne; l'université M^c Gill a l'ambition de devenir de nom ou de fait, université d'Etat, et c'est là, la raison d'être du projet de loi Roddick. G'est tellement l'impression générale, que Mr. le Dr. M^cNeil président de la société médicale maritime, disait, il n'y a pas bien longtemps, du projet de loi Roddick, que c'était une entrée en matière, l'université d'Etat qui en était la conséquence nécessaire nous serait donnée sous peu.

Peu importe pour le moment la question d'université d'état, elle n'est que le corollaire du fédéralisme médical, de la centralisation de l'éducation, cela ne fait de doute pour personne.

L'assaut à l'autonomie des provinces se donne à l'heure actuelle. On y met des formes de peur de susciter des colères, de déchaîner des tempêtes, mais on n'en poursuit pas moins l'idée fixe de centraliser et à ces démolisseurs, vient s'ajouter la longue théorie de tous ceux qu'irrite notre influence, qui nous en veulent d'être prolifiques, qui rêvent d'abattre ce qu'ils appellent la *french domination*.

À l'avant dernière session du parlement fédéral, M. McClean, l'irascible député de Toronto appuyait de toutes ses forces le projet Roddick comme étant un excellent moyen de hâter l'union législative scolaire que tous désiraient. Cette année, on lui a fait comprendre qu'il était trop compromettant pour le moment. La conspiration du silence s'est effectuée sur une large échelle. Pas un journal anglais n'a semblé attacher d'importance au projet. À peine si on l'a mentionné. Vous comprenez, il fallait à tout prix ne pas éveiller l'attention de la province la plus intéressée, car tout l'édifice patiemment construit courait grand risque de s'écrouler sous la tempête qu'un pareil soupçon aurait soulevé. En cela, les promoteurs du projet de loi n'ont pas eu à se plaindre de quelques professionnels, des nôtres. Ils leur doivent au contraire, des remerciements pour l'aide moral et effectif, dont ils ont su d'ailleurs très habilement tirer profit. Aujourd'hui, c'est le conseil médical central qui a été le cheval de bataille, hier, c'était le projet de la centralisation de l'enseignement primaire proposé à une assemblée tenue à Ottawa par M. Harper. Les centralisateurs de l'école ont baissé pavillon devant l'énergique opposition de Mr. B. de la Bruère notre surintendant de l'Éducation, mais ce n'est que partie remise. Demain ce sera le conseil central des dentistes dont le projet de loi calqué sur celui de Roddick sera présenté à la prochaine session du parlement fédéral. Le conseil médical cen-

tral ayant rencontré des obstacles provenant surtout de la différence radicale dans les enseignements ont tenté le conseil des dentistes qui doit, du moins on l'espère, soulever moins d'opposition. Une autre année, les centralisateurs tenteront un autre conseil, la lutte se fera jusqu'au jour où le principe sera définitivement adopté, et alors tout y passera. Les provinces se réveilleront un beau matin privées du privilège de déterminer qui doit et peut exercer les professions libérales. L'autonomie des provinces aura alors vécu et l'influence française atteinte à sa source même ne battra plus que d'une aile.

A propos des dentistes, le projet de centralisation se complique, car on veut aller vite en besogne pendant que l'opposition n'existe pas encore, d'un projet d'union de l'école dentaire à l'université McGill. C'est toujours une pierre apportée à l'édifice que l'on rêve, l'université d'Etat.

Il n'y a que le droit qui ait été respecté jusqu'ici.

Les avocats ont un franc parler, et sont de plus très chatouilleux sur les questions qui touchent de près ou de loin à leurs privilèges. On y viendra.

Il n'y a pas déjà longtemps, on a commencé à agiter, timidement nous devons l'avouer, la question de l'unification des lois. On a compris bien vite que le mouvement était prématuré. Le projet n'est pas cependant abandonné, il n'est que remis pour le moment. Quand les autres professions auront subi le fédéralisme, il sera temps alors d'ouvrir la question légale.

* * *

Si l'on pèse maintenant les avantages que la province peut retirer de l'adoption du projet Roddick, et les inconvénients, les dangers qui en sont la conséquence, il est facile d'en arriver à une conclusion ferme.

D'un côté, avantage pour tout médecin de pratiquer l'art médical dans tout le Canada, avantage qui existe déjà, mais après l'examen obligatoire à subir là où il a l'intention de se fixer, et

comme corollaire la régularisation de la fausse position de tout médecin exerçant son art dans les circonscriptions électorales limitrophes de deux provinces. De plus, l'avantage problématique de pouvoir faire reconnaître son diplôme dans le royaume de la grande Bretagne et d'Irlande. On dit encore l'unification de l'enseignement secondaire et professionnel. D'un autre côté, il y a un revers à la médaille, c'est: 1° l'abandon par les provinces d'une partie de leurs privilèges en matière d'éducation. 2° une brèche faite à l'autonomie que les provinces doivent, si elles veulent exister, garder avec un soin jaloux, 3° le précédent créé, la porte ouverte à de nouvelles attaques, à de nouveaux morcellements. 4° l'acceptation tacite de l'union législative scolaire. 5° la main mise par le conseil fédéral sur l'enseignement secondaire et professionnel, et partant, la destruction du caractère distinctif imprimé par l'enseignement français. 6° la ruine complète de l'influence française, au point de vue éducationnel et sociale. 7° l'abaissement du niveau professionnel et des études préparatoires, l'uniformité dans la médiocrité, qui sera le résultat des programmes et des examens du conseil fédéral. 8° l'encombrement de la profession, non pas seulement par les professionnels venus des autres provinces, mais par les nombreux fruits secs locaux qui pourront facilement devenir médecins. 9° l'anglicisation de notre système d'éducation. 10° l'université d'Etat, anglaise cela s'entend. 11° Enfin, un brandon de discordes origine de luttes acerbes, passionnées, interminables comme toutes celles où il y a pour les attiser la question sociale et religieuse.

Nous nous demandons si les quelques maigres avantages que l'on promet sont suffisants pour mettre de côté tous les inconvénients résultant de l'adoption du projet. Si l'on veut la réciprocité pour quoi ne pas l'obtenir par des moyens réguliers. Si les médecins qui pratiquent sur les confins d'une province sont gênés par les barrières interprovinciales, que l'on décrète pour eux, en attendant mieux, une zone de neutralité, comme cela existe entre la France et l'Allemagne. Des esprits bien disposés qui veulent

avant tout passer pour conciliants, car pour eux, c'est toujours au tour de la province de Québec à faire des concessions, disent : donnons le bénéfice du doute aux promoteurs acceptons le projet et s'il ne nous va pas, nous nous retirerons du fédéralisme. D'abord, on n'a pas le droit d'accepter un mauvais principe pour le plaisir de faire une expérience, surtout quand il y va de l'avenir de sa province, de sa nationalité, ensuite qu'on ne l'oublie pas, il est plus facile de refuser le fédéralisme à l'heure actuelle, en se retranchant derrière des privilèges garantis que de se retirer plus tard du pacte fédéral, alors qu'il y aura bien des influences au jeu, bien des intéressés au fédéralisme, beaucoup de timides qui craindront des froissements, des apathiques qui ne voudront pas réouvrir une si brûlante question. Alors c'en sera fait de notre individualité comme peuple.

Non, la conclusion à tirer de l'examen du projet de loi Rod-dick c'est que les maigres avantages qu'il promet, ne compensent nullement les inconvénients, les bouleversements, qu'il va occasionner, et, encore moins, l'abandon de privilèges à nous concédes par l'acte fédéral et c'est pourquoi il ne peut être accepté. On peut discuter telle ou telle clause en particulier, cela importe peu, le principe, la centralisation de l'enseignement, le fédéralisme médical est attentatoire à nos privilèges éducationnels, à l'autonomie des provinces, à la libre expansion de la minorité canadienne française et c'est le devoir de tous, de mettre en œuvre toute influence pour en faire la sanction par la législature provinciale.

ASSEMBLÉE BI-ANNUELLE DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

Au moment de mettre sous presse, on nous communique les deux motions suivantes qui ont été adoptées par les gouverneurs :

Proposé par Mr le Dr. D. Brochu secondé par le Dr. Baril, qu'il soit résolu : que tout en reconnaissant comme désirable la réciprocité des diplômes et des licences en médecine entre les provinces, sous certaines conditions à établir dans le programme des études, ainsi que le libre accès pour la pratique dans les différentes provinces du Canada pour tous les porteurs réguliers de diplômes ou de licences, les gouverneurs de ce bureau de médecine de la province de Québec, croient devoir s'opposer à toute intervention ou à toute organisation, faite dans le but mentionné mais qui pourraient avoir pour effet de nuire aux privilèges de ce bureau, de compromettre sa régie autonome, ou de lui enlever une partie de son contrôle sur les études médicales que lui garantissent ses conditions actuelles ; et pour toutes ces raisons, les gouverneurs croient devoir refuser leur adhésion au bill Roddick, tel que sanctionné par la chambre fédérale ; mais ils seraient prêts, cependant, à accepter (à suggérer) un système de réciprocité pour les licences en médecine entre les provinces de cette confédération, pourvu que cette réciprocité soit mise à effet sous le contrôle direct de bureaux provinciaux ou d'un conseil central relevant de l'initiative de ces bureaux et sanctionné par les législatures provinciales.

Cette motion qui est une expression d'opinion sur le projet de la loi Roddick a été adoptée par 22 voix contre 11 — les deux tiers. On ne pourra plus maintenant crier sur les toits que les professionnels de la province sont favorables au projet Roddick, comme cela a été fait depuis quelque deux ans. C'est une légende finie. La province n'en veut pas.

D'un autre côté, ce n'est pas sans un légitime sentiment d'orgueil que nous prenons note de cette expression d'opinion. Cela nous récompense du travail des luttes que nous avons faits dans le *Bulletin*, dès l'apparition du projet Roddick.

Nos félicitations aux gouverneurs qui ont su mettre les intérêts de leur province, de leur nationalité au-dessus de toutes considérations.

A la recommandation du comité nommé pour étudier les réformes à faire aux qualifications requises pour l'admission à l'étude de la médecine, il a été résolu : que les candidats à l'admission à l'étude de la médecine qui n'ont pas de diplômes de Bacheliers, ne soient admis à l'examen pour l'admission à l'étude qu'en autant qu'ils seraient porteurs d'un certificat de cours complet d'études classiques et que notre loi soit amendée sur ce point conformément à celle des notaires.
