

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

TRAITEMENT RATIONNEL ET PRECOCE DE L'AVORTEMENT INCOMPLÉ

Physiologiquement.—La circulation foeto-placentaire est supprimée par l'expulsion du fœtus ; la circulation utéro-placentaire est notablement modérée par la rétraction des parois utérines. Des zones mortes sont créées par le décollement partiel qui existe dans tout avortement, ainsi que l'hémorrhagie en témoigne, sans compter celles qui préexistent dans les placentas affectés de lésions primitives (apoplexie, stéatose) qui ont déterminé l'avortement.

Histologiquement.—Les placentas abortifs, examinés après rétention, présentent au microscope de la dégénérescence des tissus, allant de la transformation colloïde à la désintégration granulo-graisseuse complète, avec disparition presque complète des vaisseaux. (Zenowieff, Doléris, Chaput).

Cliniquement.—On ne comprend pas pourquoi le placenta ne se putréfierait pas aussi bien que la caduque, cependant plus adhérente, quand elle est retenue après l'accouchement à terme, aussi bien que les polypes et les myômes cependant bien plus vascularisés et qui néanmoins sont capables de s'infecter et de tuer par septicémie ; car il ne faut pas oublier que les caillots et le mucus retenus avec le placenta constituent un excellent milieu de culture.

Et cependant, dans bien des cas, la septicémie n'apparaît

pas au cours d'une longue rétention, après laquelle le placenta est expulsé sain d'apparence. C'est qu'alors la malade a bénéficié d'un concours heureux de circonstances telles que : intégrité parfaite de l'utérus et des annexes avant la grossesse, asepsie parfaite du conduit génital avant, pendant et après l'avortement, absence de maladie infectieuse générale, toutes conditions que le hasard seul peut réunir.

2° *Le placenta abortif peut être retenu indéfiniment sans danger, à condition que le milieu reste aseptique :*

Nous avons vu à l'endroit consacré à l'étude des accidents lointains qu'il n'en est pas ainsi.

Je ne puis pas admettre non plus que l'hémorrhagie même à l'état de stillicidium toujours attachée à la présence de débris placentaires soit un accident immédiat sans importance, d'autant plus qu'elle peut devenir brusquement très abondante et fatale si l'on n'arrive pas à temps.

Un inconvénient moindre, mais nullement négligeable, est le repos au lit. Les personnes aisées trouveront cette situation ennuyeuse si elle se prolonge plusieurs mois ; les personnes besogneuses ne la supporteront même pas quelques semaines. Les médecins de la campagne ne trouveront pas le temps, malgré leur bon vouloir, d'irriguer leur cliente pendant si longtemps. Enfin, l'antisepsie rigoureuse, condition expresse de l'expectation, est difficile à réaliser dans la plupart des milieux autres que le milieu hospitalier. Il est vraiment difficile de croire que l'on pourra éviter toute faute au cours de si nombreuses injections, que l'on s'astreindra, par exemple, à faire chaque fois une toilette vulvaire très soignée, que l'on fera barbotter régulièrement le col dans le liquide vaginal au moyen du doigt introduit au fond des culs-de-sac, bref, que l'on recommencera de multiples fois les soins préliminaires d'une opération qu'on ne fait pas. Il le faudra néanmoins, pour déterger convenablement la mu-

queuse du conduit génital, sans cesse souillée par les sécrétions des glandules du col, lesquelles sont, comme leurs congénères de l'urèthre postérieur chez l'homme, le refuge des microbes. Il paraît difficile, pour ce qui concerne les injections intra-utérines, qu'elles puissent désinfecter sûrement la cavité utérine transformée par la rétention des caillots, membranes, débris placentaires et du mucus en cavité anfractueuse.

Léopold de Dresde leur conteste tout rôle prophylactique. Sa statistique est favorable à l'abstention de toute sorte d'injection, injection qui pour lui serait la meilleure manière de diffuser les germes pathogènes, et de produire des semis infectieux dans les régions saines. Stoffeck a fait ressortir lui aussi la difficulté d'obtenir une désinfection complète.

Sait-on d'ailleurs, s'il n'y a pas un microbisme latent, contemporain de la grossesse, dans l'ovaire, la trompe et le conduit génital.

Jamais donc, on est parfaitement rassuré contre l'infection, ce qui fait que l'intervention préventive est rationnelle, même dans les cas les plus favorables à l'expectation. Maintenant, je vais essayer de vous convaincre qu'il y a danger à attendre des indications pour effectuer le curage de l'utérus, ainsi que le veulent les interventionnistes conditionnels.

L'expectation armée comprenant des moyens tels que les injections vaginales et intra-utérines, le tamponnement, n'est pas un abri sûr derrière lequel on puisse se retrancher.

Elle était cependant jugée suffisante en 1886 par Tarnier, Budin, Genesteix, Pinard, Auvard, Gerbaux, Audebert, même contre les accidents avérés.

Aujourd'hui, ils la réservent seulement aux cas de rétention non compliquée. Cette conduite est encore pleine de dangers.

On ne peut pas attendre l'infection confirmée. La fétidité

des lochies, qui était le signal de l'intervention pour Pajot, outre qu'elle est inconstante au cours de certaines infections, prouve que l'ennemi est déjà en place.

C'est pourquoi avec Tarnier, les accoucheurs ne lui accordent aujourd'hui aucune considération. Ils préfèrent s'en rapporter à l'élévation de la température.

Or, au début de l'infection, lorsque celle-ci est encore légère, l'hyperthermie est elle-même peu sensible, et d'observation difficile parce qu'elle est éphémère. Elle survient sous forme d'accès vespéraux ou nocturnes, durant quelques heures à peine, pendant 3 ou 4 jours, pour faire place ensuite à une fièvre grave et persistante. Mais à ce moment elle signifie que des produits microbiens abondants ont envahi le courant sanguin, et même en supprimant le foyer infectant, on n'est pas sûr de guérir la maladie. C'est donc là une indication dangereuse puisqu'on ne peut préjuger de la virulence ni de la rapidité de la pullulation microbienne.

On ne peut pas attendre une hémorrhagie grave. Le stillidium, constant au cours de la rétention quelle que soit sa modalité, ne peut être traité par l'indifférence puisque, prolongé, il anémie la malade.

Le tamponnement dirigé contre l'hémorrhagie faible, permet une certaine dépense de sang, qui s'accumule dans l'utérus ou imbibe le tampon. Cette perte répétée, n'est certainement pas sans importance.

Enfin peut survenir une hémorrhagie brusque et telle que, l'intervention pratiquée à temps pour sauver la malade, ne la garantit pas d'une anémie qui compromet sa santé pour de longues années.

S'il est donc prouvé qu'il y a danger à attendre avec les ressources de l'expectation armée, pourquoi différer une opération qui, souvent s'impose par la suite, dans des conditions de

difficulté et d'inefficacité qu'elle ne présente pas au début. Ainsi que le dit Mirrachi, les médecins qui en ont goûté, y reviennent avec plaisir, trouvant dans cette façon de faire une complète tranquillité pour eux-mêmes, et la sécurité pour leurs malades.

L'idée de l'intervention préventive ne date pas d'hier. On prétend, d'après un passage d'Hippocrate, que le père de la médecine conseillait de hâter le travail et d'y aider résolument. A une période moins reculée, je puis réclamer pour cette manière de voir de Doléris et de plusieurs autres, le patronage de chirurgiens et d'accoucheurs éminents.

Parlant de la rétention de l'arrière-faix, Ambroise Paré conseille : "là où il ne se séparerait de soi-même et, demeurant dans la matrice, serait cause qu'il surviendrait plusieurs accidents à la mère.....d'opérer et besogner de la main..... pour éviter les accidents prédits" et il pratique le décollement et l'extraction manuelle.

Levret n'intervient que s'il y a putridité et hémorrhagie persistante, mais il reconnaît que l'hémorrhagie est surtout redoutable lorsqu'on est obligé d'abandonner à la nature le soin de se délivrer elle-même de la cause qui y a donné lieu et qui l'entretient. Il considère les faux germes et la rétention du délivre comme des corps devenus étrangers.

C'est cette conception de l'œuf abortif, reprise par Doléris, qui rend naturelle l'intervention précoce.

Antoine Petit est plus avancé : "Quand donc absolument on ne peut pas prévenir l'avortement, il faut accoucher promptement."

Pour Smellie, le fait seul de la rétention prolongée est un motif suffisant d'intervention.

Mauriceau pensait de même.

Cependant Velpeau dit : "Mais si les membranes restent après le foetus et l'embryon, comme elles forment la masse prin-

principale du produit, les accidents sont loin de cesser toujours. Alors, on ne peut être tranquille qu'après leur expulsion complète, et ce serait à tort qu'on négligerait de les extraire dès qu'il est possible de les saisir dans le vagin."

Il est probable qu'à cette époque le nombre des interventionnistes précoces est été plus grand, s'ils avaient été familiarisés avec la dilatation artificielle du col, l'abaissement de l'utérus qui rend l'intervention si aisée, enfin et surtout, s'ils avaient pu opérer en sécurité; Baudelocque pensait qu'il fallait entretenir la dilatation du col afin de pouvoir vider la matrice.

En fin de compte, l'opinion de tous ces grands maîtres ne peut guère avoir qu'un intérêt historique. Pour parer à un mal dangereux, on était obligé à cette époque de recourir à un moyen que des conditions mystérieuses, inconnues, faisaient plus dangereux encore, et il faut savoir gré à Pajet d'avoir recommandé une sage expectation.

L'antisepsie, en assurant son innocuité, aurait dû, semble-t-il, faire prévaloir cette thérapeutique, qui supprime radicalement la source des accidents. Elle a, au contraire, fourni des arguments aux partisans de l'expectation, en leur donnant l'espoir de rendre l'intervention inutile.

En 1886, imitant l'exemple donné par les gynécologues étrangers depuis peu d'années, Doléris s'est appliqué par de nombreux mémoires et de fréquentes discussions à la société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, à faire adopter la pratique du curage utérin précoce contre l'endométrite septique post-partum et post-abortum, en faisant remarquer qu'il serait rationnel de l'appliquer de façon préventive à la rétention placentaire cause de cette affection.

Aujourd'hui, la plupart des accoucheurs l'admettent comme traitement de l'hémorragie grave ou de l'infection avérée, dès le début de ces accidents.

Le Dr. Misrachi confesse, dans son traitement de l'avortement, son hésitation de la première heure, qui n'a pas résisté à l'expérience acquise dans la suite.

Et on peut lire dans un récent ouvrage : Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement (1904) de Budin et Demelin où ces maîtres ont résumé leur enseignement. qu'il faut accepter l'opinion de Maygrier et intervenir en dehors de tout accident : "Lorsque l'infection est imminente ou probable, lorsqu'on a pas pu prendre au préalable toutes les précautions antiseptiques et qu'on a pu assister au début de l'avortement, lorsqu'on a des soupçons sur la possibilité de manoeuvres criminelles lorsqu'il s'agit d'un avortement gémellaire (car les observations de Maygrier et Demelin montrent en effet combien sont graves et fréquents les accidents de rétention en pareil cas), l'expectation est permise quand tout danger d'infection paraît éliminé, par le fait des soins dont on a entouré la patiente dès le début de la fausse couche, quand la femme peut rester au lit longtemps. Et encore n'est-on jamais sûr que l'infection ne viendra pas, et encore moins que l'expulsion spontanée de l'arrière-faix ne se fera pas avec une hémorrhagie qui peut être soudaine et formidable. . . . Etant donnée l'innocuité du curage digital bien exécuté, mieux vaut intervenir aussitôt que possible."

On voit par cet exposé que, d'après ces auteurs, il n'y a à peu près pas d'indication à l'expectation.

Il est raisonnable de penser en présence des avantages attachés à l'intervention préventive, qu'il faut qu'elle soit dangereuse pour qu'on n'y recoure que si on y est contraint.

Tel n'est point le cas, quand elle est faite dans des conditions d'une grande propreté chirurgicale.

Je désire préconiser ici certains modes opératoires. Il vaudrait mieux peut-être d'être éclectique dans le choix des moyens suivant la modalité de la rétention, mais du moment que l'avul-

siondu délivre abortif est pratiquée, nous avons lieu d'être satisfait. Malgré cela, je ne résisterai pas à la tentation de vous donner ici ceux que je crois être les meilleurs.

Je rappellerai d'abord que le délivre peut être extrait dès que la série des actes expulsif est terminée, ce qui se traduit par la cessation des contractions. A partir de ce moment, la rétention est pathologique. Il ne faut pas attendre qu'il se soit écoulé un certain nombre d'heures, six heures, vingt-quatre heures, suivant les auteurs. Comme l'a dit Pajot : "l'avortement n'est pas une affaire d'horlogerie."

Le placenta est-il entièrement décollé, affleure-t-il l'ouverture du col ? on ne peut résister à la tentation de le saisir avec des pinces fenêtrées spéciales ou toutes autres pinces à larges mors, après s'être mis en mesure de pratiquer sur-le-champ, le curetage, si besoin est. Dans ce cas, l'usage des pinces que l'on a pu accuser d'exposer à la perforation lorsqu'on s'en sert pour le décollement, ne présente évidemment aucun danger.

Un autre procédé très recommandable est l'expression manuelle du placenta ainsi qu'elle est pratiquée dans le service de Budin ; deux doigts de la main droite placés dans le cul-de-sac vaginal postérieur compriment l'utérus de bas en haut et d'arrière en avant, pendant que la main gauche appliquée au-devant de l'hypogastre redresse l'utérus et le comprime en sens inverse : le placenta est expulsé comme un noyau de fruit serré entre les doigts. Mais il n'est pas toujours applicable, quand, par exemple, la paroi abdominale est tendue ou très adipeuse quand le col, tout en étant dilaté largement, garde sa forme longue et étroite, ce qui arrive chez les femmes à col hypertrophique et scléreux.

Le placenta est-il adhérent en parties ou en totalité ? il faut avant de l'extraire, achever le décollement.

Dans ce cas, il me semble que le curage digital est très mal-

aisé ; la main de l'opérateur ne saurait évoluer facilement dans le vagin qui, si extensible soit-il, n'en réagit pas moins du fait même de son élasticité. C'est une opération assez longue, exposant à une perte de sang notable, et réclamant la chloroformisation.

L'emploi des pinces plus commode pour l'opérateur, a le grave tort d'avoir pu produire des perforations, et n'y aurait-il qu'un cas de mort, cela suffit pour qu'on lui préfère d'autres moyens.

Il reste l'écouvillonnage et le curettage.

L'écouvillonnage ne convient qu'aux cas de rétention des membranes qui s'enrouleraient autour de lui comme des toiles d'araignée. Il est impuissant à arracher les débris placentaires et cède le pas au curettage que d'ailleurs il doit suivre et compléter.

Le curettage est entré largement dans la pratique des gynécologues mais il n'a guère la faveur des accoucheurs. On lui a fait des reproches que je n'ai pas à discuter ici, car si l'emploi de la curette mousse à grande boucle permet d'éviter sûrement la perforation, l'écouvillonnage qui, à mon avis, doit terminer l'opération, la complète heureusement.

Quant à ses avantages, ils sont : extraction plus complète, plus sûre, plus rapide, plus aisée qu'avec les autres procédés, perte de sang moindre, douleur insignifiante et par suite inutilité de la chloroformisation.

Voici comment procède Doléris dont j'emprunte la technique.

Je ne juge pas utile de décrire les préliminaires de l'intervention : asepsie des mains de l'opérateur, des instruments, du champ opératoire ; ils sont les mêmes que pour toute autre. Je rappellerai seulement que pendant l'injection vaginale qui doit dépenser au moins trois ou quatre litres de liquide, il est néces-

saire de frotter la muqueuse du vagin avec un doigt promené successivement sur tout le pourtour du canal, ainsi que dans les culs-de-sac. La malade étant mise dans la position obstétricale dorsale, les cuisses écartées et fléchies sur l'abdomen, le col abaissé, on procède à la dilatation extemporanée avec les bougies de Hégar, à moins qu'on n'ait pu la veille placer une ou deux laminaires ; dans ce cas, il ne reste qu'à achever la dilatation par le passage de grosses bougies. Le dilatateur à branches est dangereux, parce qu'il peut facilement provoquer la rupture du col.

Dans les cas où le col résiste, on le fend de chaque côté jusqu'à l'orifice interne inclus, quitte à le réparer après le curetage par quelques points de suture au catgut. On passe ensuite au curetage. Il faut répudier la petite curette étroite et tranchante. C'est un instrument dangereux pour des utérus ramollis par la gestation, et responsable des accidents imputés bien à tort à la méthode. Une bonne curette doit être large, fenêtrée, mousse et arrondie, et à la condition d'avoir une grande boucle, elle peut être tranchante sans inconvénient. On l'introduit dans l'utérus, et on la promène successivement sur ses parois, sans attendre que l'on perçoive le cri utérin.

On continue le nettoyage par l'écouvillonnage avec un écouvillon imbibé d'une solution glycéro-créosotée à 1 pour 10.

Enfin, on termine par une injection intra-utérine de sublimé au 1-5000 pratiquée avec une sonde à double courant.

Pour assurer l'asepsie permanente de la cavité utérine, on laisse à demeure une mèche de gaze imbibée d'un mélange glycéro-iodoformé à 10%, qu'on enlève au bout de 48 heures, et qu'on ne remplace pas.

Le vagin sera également transformé avec de la gaze iodoformée sèche et faiblement tassée.

Je termine en disant :

L'expectation armée ne garantit pas contre les accidents qui suivent l'avortement incomplet.

L'intervention précoce, pratiquée au début de ces accidents, ne les guérit pas toujours.

L'intervention préventive offre le maximum de sécurité.

Elle a pour objet l'extraction systématique de l'oeuf abortif retenu, dès que l'acte expulsif a cessé. Elle est éclectique dans le choix des moyens et s'adresse suivant les cas, à l'expression manuelle, à l'avulsion avec les pinces fenêtrées, à l'écouvillonnage et au curettage. Le curettage pratiqué avec une curette à large boudin, ne présente pas de danger, et il offre sur les autres procédés, l'avantage d'être toujours efficace. Suivi de l'écouvillonnage, il réalise un nettoyage complet et radical.

P. A. GASTONGUAY, M. D.

3, rue Casimir-Delavigne, Paris.



TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

(LU DEVANT LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA DIVISION DU
GOLFE, 16 AVRIL 1906)

J'ai cru intéresser quelques confrères en décrivant aussi fidèlement que possible le traitement de la tuberculose pulmonaire tel que pratiqué au *New York Post Graduate* ; traitement que j'ai eu l'avantage d'observer durant plusieurs semaines en décembre et en janvier derniers.

Cette méthode, dont la paternité revient au Dr. J. F. Russell de New-York, est en opération au dispensaire du Post Graduate, depuis mars 1898. Le dispensaire à cet effet fut ouvert à la demande du Dr. Russell qui entreprit le travail dans le but de démontrer la curabilité de la tuberculose pulmonaire non compliquée, chez les personnes que des circonstances incontrôlables empêchent de chercher secours dans un sanatorium. Afin de pouvoir mieux juger des résultats le Comité Exécutif de l'Hôpital nomma un *comité d'inspection* composé de médecins chargés d'examiner et d'observer les patients sous traitement et de faire rapport de leurs observations de temps à autres. Ce comité décida de n'admettre au dispensaire que les malades dont les crachats contiendraient le bacille de la tuberculose et confia au Prof. Brooks le soin de faire des examens microscopiques.

Au commencement il n'y avait que les tuberculeux à la Ire ou 2ème période qui étaient considérés acceptables pour le traitement, mais lorsque furent renvoyés les dix premiers cas rap-

portés apparemment guéris, il devint plus difficile de trouver ces sujets favorables et le Dr. Russell se trouva forcé d'abandonner la tâche ou de traiter les cas avancés et même très avancés dans la maladie. Les difficultés qu'offrait le traitement chez cette classe de malades, furent surmontées et maintenant on accepte tout cas de tuberculose pulmonaire non compliquée, avancé ou non qui est capable de venir au dispensaire 2 fois par jour, et peut se procurer les aliments convenables.

Les complications qui entravent le plus souvent ce mode de traitement sont : tuberculose laryngée, emphysème greffé de tuberculose, hémorrhagies profuses et répétées et affections cardiaques. Les patients sont presque tous des travailleurs et les heures de dispensaire ont été choisies pour leur permettre de suivre leur traitement avant et après leur travail.

Traitement : Tous les patients sont obligés de venir au dispensaire deux fois par jour le matin entre 7 et 9 heures et le soir entre 7 et 8 heures. On leur donne alors l'*émulsion de graisses* (mixed fats) dont nous parlerons plus loin et des cathartiques. Le dimanche matin à 9 heures, ils sont examinés et pesés, les hommes en maillot et les femmes en robe de nuit. Les médecins et les garde-malades leur enseignent de dormir les croisées ouvertes, de manger autant que possible aux repas qui ne doivent pas être pris plus souvent qu'à toutes les cinq heures et de prendre une quantité déterminée de lait et d'œufs. On insiste sur la valeur des cathartiques, la nécessité de dormir 9 heures par nuit quand c'est possible et de tenir les pieds chauds tout en évitant de se surcharger de vêtements. Il leur est défendu de fréquenter les lieux d'amusements, de faire usage d'alcool, de thé, café, cacao, vinaigre, chocolat, et de se livrer à des exercices inutiles.

Avant de reprendre les principaux points du traitement pour les étudier plus en détail laissez-moi vous dire sur quoi se

base le Dr. Russell pour expliquer la valeur de l'émulsion de graisses comme une des parties essentielles de sa méthode.

La tuberculose pulmonaire est considérée surtout comme une maladie de dénutrition et cette dénutrition qui favorise la croissance et le développement du bacille de Koch diffère des autres formes de dénutrition, par exemple, du scorbut et du rachitisme.

On peut définir la dénutrition, une condition d'épuisement partiel ou complet, provenant d'un manque de nourriture (Starvation). Si, comme les physiologistes l'enseignent, pour maintenir une nutrition convenable il faut une diète composée de matières protéiques, amyloïdes, de graisses et de sels dans certaines proportions, il s'en suit que si la proportion d'un de ces éléments essentiels n'est pas maintenue, la nutrition souffre et le degré de souffrance varie avec la variation de l'élément en défaut. Une forme particulière de dénutrition est déterminée par le manque d'un élément particulier. On croit encore que le rachitisme est causé par un manque de sels de chaux

Une absorption défectueuse peut produire la dénutrition aussi certainement que le défaut d'aliments et cette connaissance est d'une grande importance en thérapeutique; elle expliquerait les insuccès de la vieille méthode de traiter le rachitisme par le sirop de Phos. de chaux, ce sel n'étant absorbé qu'en combinaison avec l'albumine végétale ou animale, et non en sirop. Différentes formes de dénutrition peuvent exister chez un même individu.

Le Dr Russell croit que la forme qui rend le terrain favorable au développement du bacille de la tuberculose est produite par un défaut dans l'absorption des graisses et que l'administration de matières grasses remédie à cette forme de dénutrition et empêche par le fait même la croissance du bacille qui se trouve dans des conditions défavorables. La tuberculose ne serait pas

toujours et uniquement le résultat de ce défaut d'absorption des graisses, mais une telle condition rend l'infection plus facile. Il ajoute que beaucoup plus de personnes qu'on le suppose absorbent les graisses en trop faibles quantités et que c'est grâce à la compensation fournie par la nature que leur dénutrition n'est pas plus apparente, car il est connu que les matières protéiques et les matières féculentes peuvent être transformées en graisse. Tels individus semblent bien nourris et en bonne santé, mais survienne une cause quelconque d'affaiblissement ils développent tout à coup la tuberculose pulmonaire, leur résistance étant au-dessous de la normale.

En d'autres termes cette production compensatrice de graisse est comme l'hypertrophie compensatrice du cœur qui faiblit dès que les conditions changent et deviennent mauvaises.

Le fait que presque tous les tuberculeux ont un dégoût marqué pour les aliments gras, dégoût qui semble venir de la difficulté qu'ils ont à les digérer, a contribué à affermir la confiance qu'on a mise dans cette méthode dont l'un des points essentiels consiste à faire absorber autant de graisse que possible.

Trois choses doivent être considérées dans l'administration de la graisse : 1° Qu'elle soit facilement absorbable ou prédigérée ; 2° qu'elle soit donnée en grande quantité tous les jours ; 3° qu'il y ait variété dans la diète.

Les deux premières conditions sont suffisamment expliquées par ce qui précède et je crois qu'il n'est pas nécessaire d'y revenir, mais la 3ème demande quelques explications. En expérimentant avec les graisses pour déterminer leur valeur nutritive on constate qu'une même graisse de valeur réelle, donnée continuellement ne procurait plus de gain après un assez court temps, tandis qu'en alternant différentes sortes d'aliments gras le gain était constant. Le résultat était le même en donnant un mélange de ces mêmes corps. La graisse d'un animal d'une espèce

diffère de celle des animaux d'espèces différentes et cette différence semble être surtout dans la proportion de stéarine, palmitine et oléine.

Pour remplir ces trois conditions on donne aux malades une émulsion composée de graisse de bœuf et des huiles de coco, de pistache, d'olive et de clou de girofle (mixed fats). Elle ne contient pas d'huile de foie de morue. Cette émulsion est prise matin et soir 1 heure après les repas. On débute en donnant $\frac{1}{2}$ oz. deux fois par jour, mais à tous les 3 jours on augmente la dose d'un $\frac{1}{2}$ oz. jusqu'à ce que la dose de 2 ou 3 oz. soit atteinte et cette quantité doit être donnée matin et soir durant toute la durée de la maladie. Elle doit être prise diluée dans un verre d'eau chaude.

A la fin de la première semaine le patient prend immédiatement après chaque repas un œuf cru bien battu dans un verre de lait et à tous les 3 jours il ajoute un œuf de plus à chaque repas jusqu'à ce qu'il prenne 4 œufs 3 fois par jour. Trois jours après avoir atteint ce point le patient prend un œuf avant le coucher et augmente d'un œuf tous les 3 jours jusqu'à ce qu'il ingurgite 4 œufs 4 fois par jour. Il est difficile d'augmenter cette quantité mais les malades qui ne peuvent prendre 16 œufs par jour sont très rares. En augmentant le nombre d'œufs il faut diminuer la quantité de lait sans cependant descendre à moins de 4 oz.

La graisse contenue dans l'émulsion varie de 40% à 45% dans le jaune d'œuf elle est de 33% et dans le lait 4%. La dose de l'émulsion variant de 2 à 3 ozs. la dose moyenne est de $2\frac{1}{2}$ ozs. Un jaune d'œuf pèse environ 232 grains. Un patient recevra donc en moyenne tous les jours :

$$\begin{array}{rcl}
 \text{Emulsion 5 ozs.} \div 40\% \text{ graisse} & = & 2 \text{ ozs.} \\
 16 \text{ jaunes d'œufs} \times 232 \text{ grs.} \div 33\% & = & 2 \text{ ozs. } 277 \text{ grs.} \\
 16 \text{ ozs. lait} \div 4\% \text{ graisse} & = & \underline{\hspace{1cm}} 307 \text{ grs.} \\
 & & 5 \text{ ozs. } 104 \text{ grs.}
 \end{array}$$

$5\frac{1}{2}$ ozs. de graisse sans compter la graisse additionnelle

prise avec les autres aliments des repas réguliers dans lesquels le beurre et le fromage doivent entrer en fortes proportions. L'administration des œufs et du lait doit être précédée de celle de l'émulsion d'au moins une semaine afin de préparer l'économie pour l'absorption de grandes quantités de matières grasses.

Beaucoup de personnes sont incapables de prendre les œufs et le lait sans avoir des nausées et des vomissements, à ceux-là on donne comme adjuvant des cathartiques :

Carb. de soude	}	aa 2 oz.
Phos. de soude		
Eau.		8 oz.

1 à 3 cuillerées à thé que l'on ajoute aux œufs avant de les prendre. Cette mixture est également recommandable aux personnes qui prétendent que le lait ne leur convient pas.

Cathartiques. A moins de tenir les intestins en bonne condition il est impossible de faire prendre les aliments en quantité suffisante. Il faut enseigner aux patients que les symptômes d'indigestion, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, etc., indiquent qu'ils ont absolument besoin de purgatif, quel que soit le nombre de selles qu'ils ont chaque jour. Il est bon de leur faire comprendre la différence qu'il y a entre aller à la selle et vider l'intestin.

Dès le début du traitement on donne 2 cuillerées à soupe d'huile de ricin, dose que l'on répète 2 ou 3 fois la première semaine.

En augmentant la quantité de nourriture il faut augmenter la fréquence des doses d'huile jusqu'à ce que le malade prenne son huile tous les jours. Cependant si les malades ont de la répugnance pour l'huile tout autre purgatif peut la remplacer. On donne en plus des pilules de *rhubarbe co*, qui sont prises le soir au nombre de 2 ou 3. Le tout varie un peu dans les différents cas selon qu'il est jugé nécessaire. Le médecin

doit se rappeler qu'une grande quantité d'aliments est ingérée et qu'à moins de tenir l'intestin parfaitement libre, l'assimilation se fait mal.

Quand la saison chaude arrive les patients qui ont suivi le traitement pendant plusieurs mois sont souvent atteints de nausées, vomissements, maux de tête, douleurs généralisées et les purgatifs seuls ne pourront pas mettre fin à ces symptômes s'il n'y a pas un changement dans la diète. Dans ces cas on supprime toute nourriture excepté le lait et l'émulsion et après un temps variable tout rentre dans l'ordre et on reprend graduellement les œufs et le lait comme auparavant.

Ces signes d'intolérance sont dus à l'accumulation de déchets et en substituant le lait aux autres aliments on aide la dépuración tout en donnant une certaine quantité de graisse. Les patients prennent de 3 à 6 chopines de lait par jour et le poids se maintient.

Exercice. Tout exercice inutile doit être évité. Les patients s'occupent de leurs travaux ordinaires mais à part cela il leur est défendu de prendre aucun exercice pouvant influencer la santé. Les travaux qui demandent beaucoup de mouvements des bras doivent être laissés de côté autant que possible.

Air pur. Sauf quelques exceptions tous les malades travaillent et, dans la grande majorité des cas ne peuvent pas contrôler leur provision d'air pur durant le jour. Mais on insiste sur la nécessité de tenir ouvertes les croisées de leur chambre à coucher afin qu'ils soient bien sûrs de respirer continuellement de l'air pur. Chaque tuberculeux doit avoir sa chambre à lui seul quand c'est possible et doit se tenir chaudement dans son lit.

Obéissance. A moins d'une obéissance absolue de la part des malades les résultats sont peu satisfaisants. Quand ils sont acceptés pour le traitement on leur dit avec douceur mais dans

un langage clair et précis, qu'ils souffrent de tuberculose et qu'à moins de changer leur mode de vie il y a peu de chance d'amélioration, tandis que s'ils viennent au dispensaire régulièrement tous les jours suivant les instructions données ils guériront probablement. On leur dit aussi qu'ils ne sont acceptés que pour l'épreuve et qu'à la fin de quelques semaines si on découvre de la désobéissance chez eux ils seront renvoyés afin d'en accepter d'autres plus dociles.

La pesée régulière tous les dimanches est le seul moyen de connaître si les patients suivent ou non les prescriptions qui leur sont faites. L'usage de la pesée ne sert pas seulement à renseigner sur les progrès accomplis mais est pour le patient lui-même un encouragement vers de plus grands efforts.

Traitement des symptômes De tous les symptômes communs à cette maladie : toux, douleurs, fièvre, transpirations nocturnes, hémorrhagie, dyspnée etc, il n'y en a qu'un qui est spécialement traité et c'est l'hémorrhagie. Presque tous les malades ont quelques fois des hémoptysies dans le cours de leur traitement et dès qu'elles apparaissent on donne une bouteille contenant du *chlorure de calcium* 10 grains par dragme d'eau, avec instruction de prendre un dragme à chaque repas. Ceci est continué longtemps après que toute hémorrhagie a cessé, même des mois si le malade a eu de fréquentes attaques avant le début du traitement.

Traitement des exacerbations : A part de rares exceptions, la marche de la tuberculose pulmonaire est marquée de pauses durant lesquelles le patient se sent bien et croit même que la maladie est guérie. Ce calme variable dans sa durée et dans ses effets est généralement suivi de paroxysmes et la maladie reprend sa marche envahissante pour s'arrêter encore quelques temps un peu plus tard. Ordinairement plus la tuberculose est avancée plus ces exacerbations sont fortes. La cause de ces

poussées aiguës est souvent difficile à expliquer mais elle réside généralement dans un défaut de la diète ou dans les mouvements exagérés des bras. Parmi les patients du " Post Graduate " ces retards sont fréquents et sévères parceque la majorité de ces individus sont des tuberculeux avancés obligés tout de même de travailler pour supporter leur famille.

Dans ces cas d'exacerbations le patient est de suite mis au lit et gardé au repos durant une période qui ne dépasse jamais 8 semaines. Le lait et l'émulsion sont les seuls aliments qu'on leur donne. Les cathartiques sont administrés tous les jours en quantité suffisante pour procurer 3 ou quatre selles quotidiennes. Les chassiss sont tenus ouverts jour et nuit excepté lorsque le malade se lève pour vider sa vessie ou aller à la selle. Quelques fois il lui sera permis de s'asseoir dans son lit, de lire ou de recevoir ses amis. Les plus grands soins de propreté sont requis et la désinfection de la bouche, des mains et des ongles est de rigueur. La chambre doit être exposée au soleil au moins une bonne partie de la journée ; on donne le lait, froid ou chaud au goût du malade, par dose de 8 ozs. d'abord, et de 1 à 3 verres après quelques jours. presque à toutes les heures de 7 hrs. A. M. à 9 heures P. M. Le malade doit prendre de 4 à six pintes de lait par jour. On peut y ajouter du pain et du beurre. Toute nourriture est suspendue durant la nuit afin de ne pas troubler le sommeil. A neuf heures, matin et soir, l'émulsion est prise par dose graduelle jusqu'à 2 ozs. deux fois par jour. S'il y a eu des crachements de sang, si la maladie est avancée ou s'il y a des cavernes au poumon on donne 10 grs. de chlorure de calcium 3 fois par jour. Les patients sont pesés 2 fois par semaine afin de juger des progrès accomplis et de voir si la quantité de lait ingérée est suffisante.

A la fin de la 8ème semaine le lait est graduellement remplacé par les aliments solides et les malades commencent à se

lever et à marcher tout en évitant toutes sortes de fatigues.

Trois semaines après la sortie du lit ils sont en possession de la force qui doit correspondre à leur augmentation de poids. En changeant de diète la marche à suivre est celle qui est ordinairement suivie dans la convalescence des fièvres typhoïdes. Il y a généralement perte de poids la première semaine mais cette perte est vite compensée.

Résultats. Les patients sont renvoyés comme étant "*apparemment guéris*" lorsque le comité d'inspection déclare qu'il n'existe plus aucun signe physique ou rationnel de la maladie et les crachats ne contiennent plus de bacille de Koch, le mot "*apparemment*" est employé parce qu'on ne sait pas si une rechute ou une réinfection ne se produira pas.

Lors de mon départ du Post Graduate à la fin de janvier dernier le nombre des guérisons apparentes depuis 7 ans était de 55, et de ces cas dont plusieurs avaient des lésions avancées quatre ou cinq seulement ont éprouvé de nouvelles manifestations de la maladie qui les ont obligés à revenir continuer le traitement.

J'ai eu l'avantage de suivre les patients du dispensaire durant plusieurs semaines et de puiser quelques renseignements dans les registres où on tient compte des variations de poids que présente chacun d'eux et j'ai été étonné de voir l'augmentation continuelle de poids qu'il se produit chez ces personnes surtout les 2 ou 3 premiers mois du traitement.

Le Dr Russell à la demande du surintendant du "Manhattan State Hospital" a traité quelques aliénés tuberculeux pour démontrer la méthode aux médecins de l'institution.

Ces malades de même que ceux du dispensaire, ont tous montré une augmentation de poids variant de 12 à 19 lbs dans l'espace de 8 semaines.

Le Dr Mersereau, chirurgien interne au "Ruptured and

Crippled Hospital, N. Y.," pour établir une comparaison entre la valeur nutritive de l'émulsion de graisse et la valeur nutritive de l'huile de foie de morue a pris 2 groupes d'enfants souffrant de tuberculose osseuse ou articulaire, et présentant à peu près les mêmes conditions. Au premier groupe il donne l'émulsion et au second l'huile de foie de morue pure. Les observations durèrent 13 semaines et donnèrent des résultats en faveur de l'émulsion de graisses. L'augmentation de poids, les conditions locales des régions malades, l'activité dans les selles, la couleur des téguments et l'état général prouvèrent que les enfants du premier groupe s'étaient beaucoup plus améliorés que ceux du second.

Quelle que soit l'action physiologique sur laquelle repose l'explication de cette augmentation de poids qui persiste semaines après semaines souvent en présence de lésions pulmonaires étendues, d'expectoration purulente profuse, température élevée, pouls rapide, etc., les faits sont là pour prouver que les graisses émulsionnées donnent des résultats étonnants non seulement chez les tuberculeux mais aussi dans plusieurs formes de dénutrition.

La méthode que je viens de vous donner a été consciencieusement expérimentée par des hommes de haute valeur sous la surveillance d'une institution des plus en renom chez nos voisins et on n'a pu s'empêcher de conclure que ce mode de traitement de la tuberculose pulmonaire procurait la guérison dans la majorité des cas, pourvu que les patients y mettent la persévérance, la docilité et la volonté qu'on attend d'eux.

Dans le "*Post Graduate Journal*" de janvier dernier paraissait le dernier rapport du comité d'inspection qui contient l'histoire des cinq derniers cas déclarés apparemment guéris. Ces histoires vous intéresseront probablement et je prends la liberté de vous en donner deux avant de finir.

1° Patrick Q., âge 29 ans ; marié, est commis, gagne \$15 par semaine ; n'a pas d'enfant. Il commence le traitement en oct. 1903, heures de travail, 8 a. m. à 5 p. m.

Histoire de Famille : Père mort de maladie de rognons à l'âge de 42 ans. Mère morte à la suite d'une opération à l'âge de 45 ans. Un frère 31 ans et une sœur 24 ans en bonne santé. Un frère mort enfant de cause inconnue.

Histoire personnelle : Aucune autre maladie sérieuse, commença à tousser il y a quatre ans, expectoration modérée en quantité, hémoptysie il y a un an. Pas de douleurs dans la poitrine, amaigrissement d'environ 10 lbs. Appétit mauvais, ne se plaignait pas d'affaiblissement. Le sommeil n'est pas troublé par la toux. Constipation. Poids 118 lbs.

Examen des crachats par le Dr. Brook montre bacille de la tuberculose en grand nombre.

10 Décembre 1903. Examiné par le comité : Sommet gauche ant, matité, expiration prolongée ; nombreux râles sous-crépitants, sommet gauche post. claquements pleurétiques, râles humides fins et gros.

16 Mai 1905. Examen des crachats qui ne contiennent plus de germes.

17 Mai 1905. Examen par le comité.—Poitrine exempte de tout signe de maladie. Durée du trait. 19 mois. Poids d'admission 118 lbs. poids 21 mai 1905 147 ½, gain 29 ½. Patrick n'a pas cessé de travailler durant le traitement.

11° Clara D., âge 30 ans ; mariée, pas d'enfant. Salaire du mari \$18 par semaine. Commence le traitement le 20 avril 1904.

Histoire de famille. Le père et la mère vivent, le premier a 58 ans l'autre 50 ans. Un frère mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 19 ans. Une sœur morte d'accouchement à 30.

ans, 3 frères vivants 26, 20 et 13 ans. 2 sœurs vivantes 23 et 8 ans. Tous ont bonne santé.

Histoire personnelle. N'a pas eu d'autres maladies. Toux a comme .cé il y a 4 mois et a toujours augmenté depuis. Expectoration profuse. Expectoration tachée de sang durant 3 jours il y a une semaine. Transpirations nocturnes. Pas de douleurs dans la poitrine. Diminution de poids peu marquée. Perte de forces considérable, pas de constipation. Poids 97 lbs.

Examen des crachats. Bacille de la tuber., streptocoques et staphylocoques en abondance.

28 avril 1904. Examen par le comité: Sommet gauche antérieurement jusqu'à la deuxième côte, postérieurement jusqu'à la région médio-scapulaire, sommet droit post. Matité, respiration bronchique, râles humides.

31 mai 1905. Crachats ne contenant pas de bacille tuber.

7 juin 1905. Examen par le comité. Poitrine libre de signes de maladie. Durée du traitement 14 mois. Poids à l'admission 97 lbs. Poids 10 juin 1905, 135 lbs. Gain total 38 lbs.

Toutes les observations des autres malades déclarés guéris sont semblables aux dix précédentes. Dans chaque cas il y avait des lésions pulmonaires incontestables, souvent très avancées, même des cavernes, les crachats contenaient le bacille de la tuberculose et après un traitement d'un certain nombre de mois tout signe de maladie était disparu. Cette méthode a été pratiquée par d'autres médecins que le Dr. Russell et ses assistants et les résultats ont été même supérieurs à ceux obtenus au dispensaire du Post Graduate, probablement pour la raison que les patients ont pu cesser de travailler durant le traitement.

L'émulsion Russell est faite, comme je l'ai dit plus haut, de graisse de bœuf et des huiles de pistache (peanut), de coco, d'olive et de clou de girofle, formant environ 50% du tout. L'auteur a fait ce choix après avoir expérimenté aussi les gris-

ses de porc, l'huile de foie de morue, de lin et de beurre de coco.

Physiologiquement parlant une émulsion est une graisse, un aliment digéré prêt pour l'absorption. Mise au contact des vaisseaux chylifères elle doit y entrer pour être ensuite déchargée dans le courant sanguin.

Celle dont je viens de vous parler présenterait d'après les examens faits, toutes les conditions qu'une émulsion physiologique doit avoir.

Campbelton N.-B.

19 Mars 1906.

DR. L.-G. PINAULT



LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS DES REINS ET DE LA VESSIE.

Je me suis servi très souvent du SANMETTO, je l'ai ordonné en même temps que la teinture de Belladone, le nitrate de lithine et d'autres drogues de cette espèce. Mes succès ont été bons. Aussi je recommande le SANMETTO comme un adjuvant et véhicule de grande valeur dans les affections des reins et de la vessie.

St. Louis, Mo.

DR. E. O. GREER.

Sociétés Médicales

ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

(Réunion au 12 mars 1906.)

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE LOBAIRE FRANCHE CHEZ L'ADULTE

Dr. Joseph Lippé :—St. Ambroise de Kildare Suivant le cas, nettoyage des voies digestives par un émétique, ou éméto-cathartique ; ensuite je donne le calomel à la dose de 5 à 6 grains, soit seul, soit plus souvent accompagné de deux ou trois grains de poudre d'opium, divisé en dix ou douze prises et donné d'heure en heure, que je fais suivre par une dizaine de granules de digitaline au milligramme, ou une potion de teinture de digitale 30 gouttes, avec 30 gouttes de teinture de jusquiame, dans quatre onces d'eau bouillie : une cuillerée à soupe toutes les heures. Quelquefois je remplace le teinture de jusquiame par l'extrait de noix-vomique. Le lendemain, d'après l'effet obtenu, j'augmente ou diminue la dose. Rarement je suis obligé de continuer ces remèdes la troisième journée. Généralement, il y a une légère diarrhée, l'urine se modifie, la fièvre tombe, et l'inflammation tend à disparaître. Alors, quelques expectorants, et la teinture d'iode en frictions sur le thorax, complètent la cure.

Si au contraire l'inflammation continue, et même veut

augmenter, après une journée ou deux de suspension du calomel, je le redonne de nouveau, suivi de digitale. Parfois, je fais alterner la digitale avec le calomel. Si le pouls monte à 130 ou 140, je donne de la teinture de veratrum viride, pour le faire diminuer de fréquence, avec quelques granules d'aconitine au demi-milligramme. Lorsque le pouls est suffisamment ralenti, j'emploie un peu de strychnine ou de quinine pour soutenir les forces. A cette période je me suis très bien trouvé d'une à deux gouttes de nitro-glycerine au centième, ou d'un peu d'alcool dans du lait.

Autrefois, je faisais appliquer un large vésicatoire soit au devant ou en arrière du thorax, aujourd'hui je l'ordonne rarement: Je préfère les frictions avec de la teinture d'iode, ou une potion d'iodure de potassium. Mais si la pneumonie est consécutive à une autre maladie, ou attaque une personne déjà affaiblie, alors il faut modifier le traitement. C'est aux toniques, aux reconstituants, aux expectorants et aux rubéfiants que j'ai recours. La propreté, le repos, le bon air, une nourriture très légère et de l'eau bouillie à la température de la chambre complètent le traitement.

DR. G. DESROSIERS, ST. FÉLIX DE VALOIS :—Je résumerai ici ce que plusieurs années de pratique m'ont démontré, quant au traitement de la pneumonie. Pour moi il est impossible d'édifier une formule unique contre cette affection. Il n'y a pas de spécifique contre le microbe de la pneumonie, comme il en existe contre la syphilis, la malaria, ou dans un autre ordre thérapeutique, contre la diphtérie. Nous ne pouvons compter aujourd'hui comme dans le passé, que sur les moyens les meilleurs que la clinique demande à la diététique et à la matière médicale. Aussi longtemps que de nouvelles découvertes n'auront pas été faites, le médecin devra se borner à analyser et à traiter au jour le jour les indications fournies par les forces du patient,

par le fonctionnement de la circulation, par la diurèse, par l'ensemble des réactions nerveuses, par l'état organique et fonctionnel du poumon. L'évolution naturelle de la pneumonie étant de tendre vers la guérison, nous devons secourir les efforts de la nature.

Dans les cas de pléthore, je me sers avec avantage de l'émétine associée à la digitale (émétine 6 grs, feuilles de digitale, 1 à 2 drachmes en infusion dans les huit onces d'eau que je fais prendre à la dose de une demi-once d'heure en heure, jusqu'à effet sur les intestins.) et sous l'influence de ces deux agents tous les symptômes s'améliorent généralement ; ensuite je prescris la quinine en dose de 2 grs. trois fois par jour en même temps que la quinine, je fais prendre à mes malades de l'eau tempérée étendue d'un peu de cognac. Il est important de ne pas trop couvrir le malade, afin d'éviter des transpirations qui pourraient diminuer la diurèse. Je conseille à mes malades de boire beaucoup de boissons fraîches, froides même. Contre la douleur de côté j'applique des ventouses, sèches ou scarifiées ; s'il y a pléthore manifeste, je n'hésite pas à ouvrir la céphalique, et donner une bonne saignée ; j'ai cependant souvent rencontré des objections à ce traitement de la part des malades ou de la famille par préjugés. Comme expectorant, je prescris le carbonate d'ammoniaque, à la dose de 5 grs. répété toutes les deux heures suivant l'effet.

DR. J. MARION, JOLIETTE :—Dans l'affection qui nous occupe, ce n'est pas la maladie qu'il faut traiter, c'est le malade. La pneumonie est une maladie infectieuse dans laquelle on trouve souvent diverses associations microbiennes, d'où traitement variable suivant les indications causales

Mais généralement, dans la pneumonie franche, je fais un traitement antiseptique : calomel qui agit en même temps comme antimicrobien et purgatif, pilules de crésobène, comme anti-

septique des voies intestinales, je fais faire des lavages de la bouche avec une solution d'acide borique, je soutiens le coeur avec de la digitaline ; contre le point de côté et la dyspnée je donne de la morphine en injections hypodermiques, et j'applique des ventouses sèches ; je stimule tous les émonctoires pour faire éliminer les toxines. Au cas d'adynamie, si les reins fonctionnent bien j'administre du sérum physiologique à la dose d'une chopine en une fois, en injection hypodermique. Je prépare mon sérum au chlorure de sodium, à sept pour mille. Lorsqu'au début la congestion ou l'oedème du poumon est prononcé, la saignée est avantageuse, de même que les bains froids contre l'hyperthermie.

DR. J. P. LAPORTE, JOLIETTE.—Au début de la pneumonie franche, chez les pléthoriques, je prescris l'ipécac et à la suite le calomel à petites doses souvent répétées durant un jour ou deux. Le traitement de cette affection doit être un peu d'opportunité. Suivant les cas ou les complications diverses qui accompagnent cette maladie je donnerai comme tonique du coeur : la digitale, le glonoin, le strophantus ou la spartéine. J'ordonne des boissons froides et abondantes, de même qu'une alimentation copieuse, si l'estomac le permet. Chez un alcoolique je fais prendre la potion de Todd. Contre la douleur de côté, j'applique des ventouses sèches ou scarifiées, la teinture d'iode, parfois même une injection hypodermique de morphine. Comme expectorant : carbonate d'ammoniaque. Saignée chez les pléthoriques ; je considère important de bien entretenir toutes les fonctions émonctoires. Sur la fin de la maladie je cesse les expectorants et je leur substitue les tarifiants ; en même temps que je prescris des toniques généraux. Parmi ces derniers je donne la préférence à l'élixir Ducrot. J'ai assez souvent employé les cataplasmes de graine de lin en applications locales et très chauds à titre

d'antiphlogistique. Pour en finir, chaque complication comporte son traitement.

ALBERT LAURENDEAU.—Voici dans ses grandes lignes, le traitement que j'ai l'habitude de prescrire contre la pneumonie lobaire franche chez l'adulte : Je débute d'abord par une bonne dose de calomel et de podophylline, puis je fais de l'aconitine et de la quinine la base de mon traitement. Je me sers actuellement des tablettes d'aconitine cristallisées au deux-centième de grain, que j'ordonne toutes les six heures. Quant à la quinine, je la donne généralement à la dose de 12 grains par jour. J'entretiens la liberté des intestins par une petite dose laxative saline chaque jour. Quant à la désinfection du contenu intestinal que je considère très importante, je l'entretiens par les sulfo-carbolates que je prescris sous forme de comprimés (sulfo-carbolate de zinc, 1 gr. carbolate de soude 2 grs., sulfo-carbolate de chaux 2 grs.) à trois par jour.

Puis je pare aux divers symptômes et complications comme suit : si le malade tousse beaucoup, je prescris de l'ipéac associé à la teinture d'opium camphrée : s'il fait de la congestion des poumons, j'ordonne de l'émétine, en certains cas graves j'ouvre la veine et je donne une saignée suivant les forces du malade ; pour calmer l'irritation des bronches je fais prendre de la codéine ; au cas de dépression généralisée je donne la préférence à la strychnine et aux hypophosphites ; s'il se produit quelques symptômes d'asthénie cardiaque, j'ordonne la digitaline ; dans les cas d'insomnie, rien n'agit mieux que l'hyoscine à la dose de trois à six milligrammes au coucher ; lorsque à la dernière période de la maladie, les sécrétions bronchitiques se raréfient s'épaississent, et amènent ces quintes de toux si fatigantes pour le malade, je prescris des préparations alcalines, ou mieux le muriate d'ammoniaque, soit sous forme de comprimés ou de potion. Tel est le traitement auquel je me suis arrêté, et attendant que

l'on trouve un spécifique sous forme de sérum ou autrement, pour juguler le pneumobacille, ou bacille de Friedlander. Il faut aussi payer une attention spéciale à la ventilation pulmonaire et à la diététique. Je recommande à mes malades d'éviter soigneusement la fumée (la bouche des fumeurs de tabac surtout), et les poussières. Sans ordonner le régime lacté exclusif, j'en fais la base de l'alimentation de mes pneumoniques.

DR. ADRIEN BONIN JOLIETTE.—Je ne puis pas vous donner le résultat de mon expérience personnelle quant au traitement de la pneumonie lobaire, il y a trop peu longtemps que j'exerce notre profession. Je ne puis que condenser ce que j'ai appris à l'Université Laval et à Paris où j'ai eu l'avantage de suivre les cliniques des Maîtres de la science médicale. Je crois, Messieurs, qu'il n'y a pas de traitement spécifique contre cette affection, il n'y a qu'un traitement symptomatique, qu'il est impossible de fixer d'avance.

Quoique l'on ait tenté des efforts considérables pour arriver à la découverte d'un sérum spécifique contre le pneumobacille, nous n'avons pu encore réaliser un traitement séro-thérapeutique effectif, chez l'homme du moins. Une seule considération qui m'a frappé et que je soumets à votre appréciation, c'est que tout dernièrement je lisais une statistique de Vienne établissant que par un traitement expectorant, la mortalité est beaucoup inférieure que par tous les autres modes de traitement proposés ou en usage jusqu'aujourd'hui.

*
*
*

Messieurs les Docteurs Adrien Bonin, de Joliette, et L. P. Désy, de St. Barthélemy, sont admis membres de l'Association.

Le comité re charlatans fait rapport que le nommé Destrempe, poursuivi à cause de pratique illégale de la médecine, a payé l'amende et les frais d'action.

Le comité soumet à l'Association le cas d'un nommé Dupuis qui va de paroisse en paroisse, de maison en maison, colportant de prétendus médicaments guérissants de tous maux, et affichant sur sa voiture une enseigne à cet effet. Avec l'approbation des membres présents il est résolu que le comité re charlatans prenne action en justice immédiatement contre le susdit Dupuis.

Le secrétaire annonce qu'il a fait inscrire notre Association au "Congrès pour la répression de la pratique illégale de la médecine," lequel devra se tenir à Paris en avril prochain, et qu'il a aussi envoyé à ce congrès un travail sur : "La pratique illégale de la médecine dans la Province de Québec." Le Secrétaire présente ce travail à l'Association.

L'Association prend connaissance des communications de la Société Médicale de Sherbrooke, de la Société Médicale de Wolfe, de la Société Médicale de Beauce, de la Société Médicale de Portneuf, de la Société Médicale de Shefford, et de la Société Médicale de Terrebonne, re "tarif des compagnies d'assurances pour les examens médicaux sur la vie des personnes désirant se faire assurer", et est heureuse de constater que toutes les associations ci-dessus mentionnées concourent dans les vues et résolutions adoptées à notre assemblée du 11 septembre 1905.

A ce sujet M. le président dit qu'il a été informé qu'un des membres de l'Association faisait des examens pour des compagnies d'assurances à trois piastres l'un. "Si l'information que j'ai reçue est exacte", dit M. le président "la chose est regrettable. Je prierais M. le secrétaire de vouloir bien écrire personnellement, et lui rappeler la résolution que nous avons adoptée unanimement, en septembre dernier. Il serait malheureux que nous fussions obligés d'en appeler au Tribunal de discipline de l'Association pour ces faits, parce qu'il y va de l'intérêt de tous les membres de notre profession.

“ Soyez sûrs que nous entreprenons une lutte contre les compagnies d'assurances, et que la condition essentielle du succès est l'union.

“ D'autre part, j'ai la satisfaction de vous dire que les agents de certaines compagnies, entr'autres la Manufacturer, et la Canada Life, m'ont payé cinq piastres tout dernièrement pour quelques examens que j'ai eu occasion de faire pour chacune respectivement, quoique leur tarif fut de trois piastres ; c'est vous dire que les compagnies vont probablement faire de l'opportuniste, d'ici quelque temps au moins. A ceux qui seront assez peu soucieux de leurs intérêts pour accepter les conditions des compagnies, celles-ci les paieront avec parcimonie ; aux autres, elles accorderont un prix rémunérateur. Le Dr. Laurendeau m'informe que certaines compagnies ont procédé de la même manière dans son arrondissement. Que même un agent du village de St. Gabriel de Brandon a cessé de solliciter pour la Travelers, et représente maintenant la Union Mutual of Portland Maine à seule fin de donner satisfaction aux médecins de l'endroit, parce que cette dernière paye \$5.00 chaque examen.”

Proposé par M. le Dr. Marion, secondé par M. le Dr. Bernard :

Qu'à l'avenir aucune “inspection” pour compagnies d'assurances émettant des polices sous forme industrielle, ne soit faite à moins de cinquante centins chacune. — Adopté.

* * *

Proposé par M. le Dr. Bernard, secondé par M. le Dr. Laporte :

Que l'Association Médico chirurgicale du district de Joliette approuve sans réserve la motion de M. le Gouverneur Normand, demandant la suppression des assesseurs.

Et que cette proposition soit transmise au Bureau des Gouverneurs.—Adopté unanimement.

La motion de M. le Gouverneur Lessard demandant la réduction des gouverneurs de 42 à 28 est ensuite soumise à l'étude des membres présents et cette question est remise à la prochaine réunion, l'opinion n'étant pas encore parfaitement fixée à ce sujet.

Considérant :

Qu'il serait opportun que toutes les sociétés médicales fassent paraître leurs procès-verbaux dans le même journal de médecine.

Qu'il serait désirable que chaque société s'abonne au journal ainsi choisi comme organe des syndicats médicaux, et en conserve la filière pour l'usage de ses membres, .

Il est proposé par M. le Dr. Desrosiers, secondé par M. le Dr. Marion, :

Que le secrétaire soit chargé de communiquer avec toutes les autres associations de la province, afin de connaître leur opinion à ce sujet ; les priant en même temps de vouloir bien spécifier le nom du journal que chacune désirerait adopter.—

Adopté.

(Lorsque l'Association Médicale de Joliette aura reçu réponse des diverses sociétés, elle compulsera ces rapports et en donnera avis à chacune. Nous supposons que la minorité acceptera le verdict de la majorité.)

Proposé par M. le Dr. Lippé, secondé par M. le Dr. Bernard, :

Que les résolutions adoptées par la société médicale de Valleyfield, re "admission des malades indigents dans les hôpitaux" soient approuvées par les membres de l'Association Médico chirurgicale de Joliette.—Adopté.

La plupart des membres prennent la parole au sujet de cette

motion, et tous concourent unanimement dans les vœux exprimées par la société médicale de Valleyfield.

Proposé par M. le Dr. Bonin, secondé par M. le Dr. Desrosiers, :

Qu'un vote de bienvenue et de félicitations soit adressé aux associations de Terrebonne, de St. Jean, de Champlain,

Et que copie de cette résolution soit envoyée à chacune d'elles respectivement.— Adopté.

M. le Dr. Laurendeau présente un instrument : passe-scie filiforme, (1) qu'il a fait fabriquer par une maison de Londres. Ce passe-scie sert dans l'opération de la section latérale du pubis sur laquelle l'auteur a fait une communication à la dernière séance.

Rapport du secrétaire-trésorier :

Récettes totales au 12 mars 1906 \$ 207.62.

Dépenses dito dito 33.97.

Balance en caisse.

\$ 173.65

M. le secrétaire dit qu'il a lieu de croire qu'avant longtemps l'Association sera en état de payer à chacun de ses membres un abonnement annuel à l'un de nos journaux médicaux canadiens français.

Et la séance est ajournée au 11 juin prochain à Joliette.

ALBERT LAURENDEAU.

(1) La maison J. Stevens & Sons, 145 Wellington St. West, Toronto, Ont, fournira cet instrument à qui le désirerait, sous le nom de : "Laurendeau, wire-saw holder".

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CHICOUTIMI ET
LAC ST-JEAN

La séance s'ouvre à 1½ hrs. P. M. au Château Saguenay, sous la présidence de M. le Dr J. A. Poliquin, président,

Présents : MM. les Drs J. A. Poliquin, L. E. Beauchamp, E. F. Fluhman, E. A. Claveau, Jules Constantin, Frs. Plourde, Joseph Morin, A. Bouchard, Ths. Duperré, Paul Trudel, D. Warren, A. Riverin et T. Mayrand.

Le secrétaire donne lecture de plusieurs lettres qu'il a reçues des promoteurs du 3ième Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Le Dr Paul Trudel propose, secondé par le L. E. Beauchamp et il est résolu unanimement que :

La Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean a appris avec plaisir qu'un troisième congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord aurait lieu à Trois-Rivières, les 26, 27 et 28 juin prochain.

Que la société reconnaît la grandeur d'une œuvre si éminemment scientifique et patriotique et en même temps le dévouement et le zèle que doivent déployer les promoteurs pour la mener à bonne fin.

Que la société médicale exprime le vœu qu'un succès couronnera les efforts que les promoteurs et spécialement M. le président général et M. le secrétaire général font pour mener à bonne fin une aussi grande œuvre.

Qu'elle nomme M. le Dr Jules Constantin, de Roberval, pour la représenter pendant les séances du dit congrès.

Après lecture d'une communication de la société Médicale

de Valleyfield, regardant l'admission des indigents dans les hôpitaux, il est proposé qu'une résolution identique à celle adoptée, à savoir :

Proposé par le Dr. Jules Constantin, secondé par le Dr. Frs. Plourde :

1° Attendu que les membres de la profession médicale ne refusent jamais de donner leurs soins gratuitement dans un but philanthropique.

2° Attendu qu'un grand nombre de malades, qui pourraient payer leurs soins médicaux, fraudent leurs médecins et se font admettre comme indigents dans les services hospitaliers.

3° Attendu que certains hôpitaux possèdent des salles à prix fixes où des patients, de toutes les conditions financières peuvent recevoir les soins des médecins de service, sans que ces derniers puissent réclamer la moindre rémunération.

4° Attendu que l'admission des indigents dans les hôpitaux ne se fait pas d'une façon satisfaisante et cause ainsi des dommages et aux hôpitaux et aux médecins.

Il est résolu : 1° Que la société médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean désapprouve le mode actuel d'admission des indigents dans les hôpitaux.

2° Que cette société suggère qu'aucun patient ne soit admis dans les services publics, ou ne reçoive gratuitement les soins professionnels, sans un certificat du médecin de la localité d'où vient le patient, le médecin étant le seul juge dans cette cause.

3° Qu'avis de la présente résolution soit communiqué au bureau médical des différents hôpitaux, et à la société médicale de Valleyfield.

4° Qu'après entente entre les différentes sociétés médicales un comité soit formé, qui rencontrera l'administration des hôpi-

taux afin d'obtenir la mise en pratique des suggestions plus haut citées.

Adopté à l'unanimité.

Lue une communication de Dr A. Laurendeau, secrétaire de l'association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, relativement à l'opportunité, pour les syndicats médicaux, de choisir un journal à l'exclusion de tout autre, comme leur organe et le seul autorisé à inscrire leurs procès verbaux.

Cette mesure étant trop exclusive et pouvant amener des complications dans l'administration des autres journaux médicaux qui ont autant de droit de vie sous le soleil que celui qui serait ainsi choisi arbitrairement, la société médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean ne croit pas devoir entrer dans le mouvement et le secrétaire est autorisé à communiquer cette décision à l'association médico-chirurgicale du district de Joliette.

Lue une autre communication de l'association médico-chirurgicale de Joliette et un extrait des minutes de la dite association fixant à deux piastres le tarif minimum pour examen sur la vie des aspirants des sociétés de secours mutuel et à cinq piastres le taux pour examen médical des compagnies d'assurance sur la vie.

Il est proposé par Dr Jules Constantín, secondé par Dr L. E. Beauchamp : Qu'à l'avenir aucun médecin du district ne fasse aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurance sur la vie à moins de cinq piastres par examen.

Et que copie de cette résolution soit transmise aux agents d'assurance et aux médecins des districts.

Adopté unanimement.

Proposé par le Dr Frs Plourde, secondé par E. F. Fluhman : Qu'à l'avenir la somme minimum de deux piastres soit chargée pour tout examen sur la vie des aspirants aux sociétés de secours mutuel.

A suivre

Intérêts Professionnels

LES PRIVILÈGES UNIVERSITAIRES ET LA QUESTION DE LA CREATION D'UN BUREAU CENTRAL D'EXAMINATEURS

Depuis quelques années la profession médicale s'occupe d'une question très importante.

Il s'agit d'assurer aux jeunes médecins le droit d'exercer leur art là où bon leur semble.

Cette question a déjà fait le sujet de plusieurs articles publiés dans les différentes revues.

Si l'accord est fait sur la nécessité d'une solution immédiate, nous devons admettre de profondes divergences d'opinion sur le choix du moyen le mieux adapté au but poursuivi.

M. le Dr Fortier a publié dans les derniers numéros de l'Union Médicale sa manière de voir. Tout en n'admettant pas le bien fondé de ses conclusions nous nous plaisons à reconnaître la claire ordonnance de son travail et la conciliante modération qui y domine.

M. le docteur Fortier désire que les universités renoncent au privilège qu'ont leurs élèves d'entrer de plein pied dans la profession médicale dès qu'ils auront leur diplôme de docteur. Il reconnaît que les universités ont toujours joui de ce privilège au Canada, qu'on a eu raison de le leur accorder, qu'elles n'en ont jamais abusé, car, écrit-il, "chaque fois que les exigences de la loi ont varié, les universités n'ont jamais refusé de s'y soumettre."

Mais M. le docteur Fortier trouve " que les circonstances sont bien changées " et que " le Collège des médecins est justifiable de réclamer la suppression de ce privilège puisqu'il est inutile aux universités et préjudiciable aux intérêts de toute la profession."

Voilà une affirmation très sérieuse et M. le docteur Fortier voit de suite la nécessité de la démontrer.

" La profession, écrit-il, doit veiller à la compétence des médecins qui veulent exercer leur profession dans la province de Québec et ce devoir, la profession ne peut pratiquement le remplir, si elle n'a pas le contrôle des examens."

Que la profession doive veiller à la compétence des futurs médecins personne n'en doute, mais que pour cela il faille changer le système actuel et transmettre au collège ce qu'on est convenu d'appeler le contrôle immédiat des examens c'est justement ce qu'il s'agirait de démontrer. Il ne suffit pas d'affirmer qu'il faut au collège le contrôle des examens pour établir que ce système sera un progrès réel sur l'état de chose actuel. Loin de là.

Sans vouloir aujourd'hui entrer dans le vif même de la question, nous nous permettons de faire quelques remarques qui nous ont été suggérées par la lecture du travail publié dans l'Union médicale.

M. le docteur Fortier conclut qu'il faut que dorénavant la profession médicale, par ses examinateurs, sanctionne les études médicales, sans cela elle ne veille pas à la compétence des futurs médecins. C'est donc, que les examens universitaires sont insuffisants, ou trop faciles. C'est bon à savoir, car jamais jusqu'à aujourd'hui on ne s'en serait douté à la lecture des rapports des représentants officiels du collège, les assesseurs, présents aux examens et relatant ce qui s'y passe.

Du moment qu'il est avéré que les examens sont insuffisants et que les rapports disent justement le contraire, on doit néces-

sairement admettre que le Bureau est représenté par des assesseurs qui manquent à leurs devoirs et se rendent complices du manquement perpétré par les professeurs des universités.

Ou bien d'un autre côté, on doit croire, que ces suppositions sont faites bien légèrement et plus difficiles à établir d'une manière satisfaisante qu'à lancer inconsidérément. Car, on n'a jamais eu le courage d'affirmer publiquement que les porteurs de diplômes universitaires ne sont pas dignes d'entrer dans la profession médicale ; on n'a même jamais eu assez à coeur, le bien de la profession pour essayer d'établir, preuves en mains ce que l'on répète tout bas.

Nous sommes donc forcés de croire jusqu'à plus amples informations que les examens se font sévèrement et que par conséquent il n'y a pas de raisons de changer le système actuel.

Nous ajouterons que les professeurs des universités ont tout autant le respect de leur profession, que qui que ce soit du corps médical, qu'ils n'ont aucun intérêt à ouvrir la porte à la foule des sans mérites, et que s'ils ont un intérêt c'est bien celui de ne pas donner un diplôme à un aspirant qui peut déshonorer son université. Et l'on dit que la profession n'a pas de contrôle sur les examens. que le système des assesseurs est inefficace. Mais à qui la faute ? si la profession n'a pas de contrôle c'est parce qu'elle ne veut pas remplir son devoir, en faisant observer la loi et en usant de ses droits. Si malgré tout il devenait notoire que le système actuel des assesseurs, n'est pas parfait, ne peut-il pas être modifié de façon à le rendre plus efficace ? Nous n'en sommes pas encore là, car tant que l'on n'aura pas démontré, avec preuves à l'appui, l'insuffisance des examens universitaires, il ne pourra pas raisonnablement être question d'abandonner le système actuel pour celui que l'on propose. Car, il ne faut pas se payer de mots. Ce n'est pas parcequ'il sera inscrit dans les registres du collège, que la profession a le contrôle des examens

que cela signifiera beaucoup pour le maintien élevé du niveau professionnel. Le collège tient des comités d'examens deux fois par année, et il serait très facile d'établir l'infériorité de ces examens comparés à ceux des universités. Cela ne fait de doute pour personne.

Ces examens seront-ils plus sérieux quand ils se feront devant un bureau central? Plusieurs croient que non seulement ils ne seront pas plus sérieux mais qu'ils seront impraticables. Qu'il nous suffise de poser quelques questions pratiques auxquelles jusqu'à présent personne n'a répondu.

Où se feront ces examens finals? Combien de temps dureront-ils, étant donné le grand nombre d'élèves qui chaque année s'y présenteront, étant donné aussi le si grand nombre de matières sur lesquelles ces examens doivent rouler?

Quels sont les médecins pratiquants et de quelque valeur qui pourront, durant de longues semaines quitter leur clientèle et se faire examinateurs?

Quels sont les médecins de quelque valeur intellectuelle et de quelque sagesse qui, n'étant pas dans l'enseignement, consentiront à aller interroger sur des matières qu'ils peuvent et doivent savoir pour pratiquer, mais qu'ils ne savent pas pour questionner pertinemment?

Où trouvera-t-on les malades en assez grand nombre pour faire passer les examens cliniques, sur des travaux pratiques, qui ne manquent pas d'importance? Évidemment on ne peut songer à faire passer ces examens que dans une grande ville comme Montréal et Québec et quels sont les hôpitaux qui ouvriront leurs portes et prêteront leurs malades à plus de deux cents élèves qui chaque année se présentent aux examens finals?

Exigera-t-on des examens écrits ou se contentera-t-on des examens oraux? Les premiers sont cependant bien utiles e

tous admettent qu'ils seraient à peu près impossibles. Les scandales des derniers examens pour l'admission à l'étude doivent donner à réfléchir. Par qui seront payés les examinateurs ? Il faudra les bien payer si on veut les choisir. Ce ne sera pas le Collège qui crie famine à la moindre demande de dépenser quelques centaines de dollars.

Ces questions et plusieurs autres très pratiques qu'on pourrait poser, on affecte de n'y prêter aucune attention. Ce sont là, dit-on, des détails dont il faudra s'occuper plus tard.

Or, pour nous, ces questions sont de la plus haute importance et, jusqu'à preuve du contraire, elles nous paraissent insolubles ; ces difficultés sont réelles et elles nous paraissent quasi insurmontables.

Et quand bien même ces examens devant le Bureau central pourraient absolument se faire, nous restons persuadés qu'ils ne donneront jamais à la profession médicale les garanties qu'offrent les examens universitaires.

* * *

M le docteur Fortier affirme qu'enlever le privilège accordé aux diplômés universitaires, serait empêcher pour l'avenir l'entrée dans la profession médicale de tous ces jeunes gens qui s'en font ouvrir la porte par la Législature. C'est là une affirmation qui est loin de pouvoir persuader ; car elle est tout à fait gratuite ; elle ne tient pas devant les faits.

Voyons donc ce qui se passe pour les autres professions. Les avocats et les notaires ont un bureau central. Est-ce que l'existence de ce bureau a empêché dans le passé des jeunes gens de solliciter et d'obtenir de la Législature le privilège de pratiquer comme notaires ou comme avocats, en dépit des irrégularités dont se plaignaient les professions auxquelles ils voulaient appartenir ? Pourquoi n'en sera-t-il pas de même pour la profes-

sion médicale? Et puis, y a-t-il eu beaucoup d'irréguliers d'admis depuis deux ans?

Sans doute, il y a eu des abus; tous les regrettent. C'est un mal qu'il faudrait faire disparaître. Mais on donne comme moyen ce qui ne l'est pas; on devrait le comprendre et l'avouer. La législature qui nous donne des privilèges peut les suspendre quand bon lui semblera et nous n'aurons qu'à protester.

* * *

M. le docteur Fortier pense que si tous les aspirants à la profession médicale étaient obligés de se présenter devant un bureau central d'examineurs, cela aurait pour effet de créer une louable émulation entre les Universités de la Province.

Cette émulation existe déjà. Elle saute aux yeux de tous les esprits clairvoyants et non préjugés.

Les universités n'ont-elles pas l'ambition de voir grandir leur influence?—Ne font-elles pas chaque année toutes les améliorations possibles dans leur enseignement pour le mieux adapter aux exigences du progrès scientifique moderne? Ne cherchent-elles pas par les avantages qu'elles procurent, à avoir une clientèle toujours plus grande?—N'ont elles pas à cœur d'outiller leurs élèves pour les luttes de l'avenir, afin qu'ils puissent faire honneur à leur école si ce n'est pas là la signature d'une louable émulation nous nous demandons ce que c'est.

L'argument de l'émulation n'est pas plus concluant que celui tiré du contrôle efficace de la profession, ni de celui de la porte fermée aux irréguliers du moment qu'il y a un bureau central d'examens. Simples vues de l'esprit que tout cela qui ne légitiment pas une demande de changer radicalement le système de l'obtention actuel de la licence.

Il reste la question de la licence interprovinciale qu'on obtiendrait, dit-on, si le privilège des diplômes universitaires disparaissait.

* * *

La réciprocité c'est là toute la question en litige. La réciprocité et une réciprocité immédiate s'impose. Il importe donc de trouver un moyen qui puisse permettre le règlement de cette question dans le plus bref délai. Pendant que de nouvelles provinces s'ouvrent à l'activité médicale, pendant que des milieux très favorables s'établissent nous délibérons, et nous délibérerons encore longtemps si on se plaît à compliquer comme à plaisir, une difficulté pourtant facile à résoudre.

Tout le monde désire la réciprocité. Pour l'obtenir il faut établir un bureau central d'examineurs similaire à celui d'Ontario. Etablissons donc un bureau central d'examineurs, personne ne peut raisonnablement y trouver d'objections. Ce bureau central aura à s'occuper de tous ceux qui veulent émigrer dans une province quelconque du pays.

Il n'est pas nécessaire pour cela de consulter les universités. Leurs privilèges ne s'étendent pas en dehors des limites de la province. Les autres provinces n'ont rien à voir non plus à la sanction exigée pour les médecins qui ne demandent pas leur juridiction. C'est à chaque province qu'il importe de gouverner ses administrés.

Et la question est résolue. Si on veut obliger tous les futurs médecins de venir demander leur licence à un bureau central, on complique la question inutilement, on la rend quasi irrésoluble, au moins pour le moment. C'est la lutte avec les universités que l'on ouvre et qui peut dire quand elle sera terminée.

Pendant de longues années, la réciprocité attendra, les meilleurs districts se peupleront de médecins des autres provin.

ces et quand enfin on aura compris qu'il importe de trouver un terrain de conciliation, les médecins de cette province seront appelés à ramasser les miettes. On se sera bien battu, on aura déchiré peut-être à belles dents des institutions respectables, on n'aura probablement rien gagné du tout, mais on sera satisfait. On aura travaillé pour le plus grand bien de la profession !

En résumé, la réciprocité peut être obtenue facilement, il suffit de savoir vouloir.

On dira peut-être qu'avec ce système les médecins déjà licenciés ne pourront pas bénéficier de la réciprocité, ce qui est une injustice à leur égard.

D'abord c'est une question de détail sur laquelle il peut être facile de s'entendre lors des arrangements. Puis, si c'est une injustice d'obliger quelques rares médecins déjà établis dans cette province de passer un nouvel examen devant un bureau central, cette injustice, si injustice il y a, n'est rien en comparaison de celle d'obliger tous les jeunes médecins à un second examen après l'obtention de leur diplôme universitaire.

Si l'on désire que le règlement de la question de la réciprocité soit retardé sine die qu'on demande l'établissement d'un bureau central pour tous les médecins, il n'y a pas de moyen plus certain.

Au contraire si l'on règle d'abord la question pendante, cela permettra à la profession et aux universités de voir comment les examens devant un bureau central peuvent se faire et s'il serait vraiment utile et possible de les exiger de tous les aspirants à la profession médicale.

Nous croyons cette proposition raisonnable, satisfaisante et pratique.

Commencer par demander aux universités de se départir de leurs privilèges, c'est ouvrir la porte à des querelles intermi-

nables dont notre pays n'a que trop souffert dans le passé. Qu'on ne l'oublie pas.

La réciprocité peut facilement s'obtenir sans changer le système de l'obtention de la licence donnant droit d'exercer dans les limites de la province. Par conséquent ce n'est pas un argument décisif en faveur du bouleversement radical que l'on propose. Et puis est-on bien sûr qu'une fois qu'on aura enlevé aux porteurs de diplômes le privilège dont ils jouissent, on obtiendra la licence interprovinciale? on l'affirme.

Mais plusieurs pensent qu'on se berce peut-être d'illusion. Une fois que les universités auront renoncé à leurs privilèges, il est plus que probable que le Bureau des médecins s'apercevra que cette faveur ne sera pas aussi facile à obtenir qu'il l'avait pensé.

M. le docteur Lesage disait dans l'"Union Médicale" que, pour les avocats, il y a entente entre les différentes Provinces. On maintient le principe de l'examen, mais il est convenu en pratique que l'épreuve est plutôt conventionnelle. C'est une règle générale, convenue et admise. De fait, les avocats sont libres d'aller exercer où bon leur semble, au Canada.

Si cela est vrai, nous nous demandons pourquoi les médecins des autres Provinces sont moins déferents que leurs concitoyens avocats; pourquoi nous ne pourrions pas parvenir à leur faire comprendre que nous avons tout intérêt à nous bien traiter, à nous concéder des avantages mutuels qu'ils devraient être en état d'apprécier.

Pour réussir, il nous suffirait de nous faire connaître d'eux, de leur démontrer que les études médicales faites dans notre Province sont aussi fortes que celles faites ailleurs sinon plus. Et la chose serait facile. Elle serait peut-être plus utile que cette condescendance dont on veut faire preuve et dont l'urgente nécessité ne nous semble pas encore démontrée.

Voilà quelques idées que nous a suggéré l'article publié par M. le docteur Fortier. Il en est d'autres sur lesquelles nous attirerons l'attention des médecins que cette question intéresse.

Nous ne savons pas ce que les universités se proposent de faire, mais nous avons la certitude qu'elles seront toujours prêtes à considérer tout projet raisonnable, quand il s'agira du bien réel de la profession médicale.

