

14422

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine, Chirurgie,  
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE  
AU CANADA.

FONDÉE EN 1872

---

**TOME XXXIX.**

---

CONTENANT LES TRAVAUX DE MM.

BADÉAUX, BENOIT, BERNIER, BOISVERT, BOUCHER, BOURGEOIS, CHANOT,  
D'AMOURS, DEBLOIS, DECARIE, DECOTRET, DENIS, DEROME, DE-JARDINS, GAUTHIER,  
HEINECK, KNOPF, LACHAPELLE (S), LATREILLE, LAURENDEAU, LESAGE, L'ESSIER,  
NADEAU, PELLETIER, RICHEAUME, ROCH, ROUSSBAU, SIROIS, ST-PIERRE, VERNER.

1910

## DIRECTEURS -- PROPRIÉTAIRES

### MM. LES DOCTEURS

**Boulet**, Officier de l'Instruction Publique, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin en chef des services d'Ophthalmologie, de Rhinologie-d'Otologie, et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique, Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

**Dubé**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Ste-Justine, Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

**De Lotbinière-Harwood**, Professeur de Gynécologie à l'Université Laval, Suprintendant de l'Hôpital Notre-Dame, Membre de la Société d'Urologie de Paris.

**Hervieux**, Professeur de Pathologie interne à l'Université Laval, Montréal, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

**LeSage**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame ( Rédacteur en chef )

**Marien**, Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval de Montréal, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Membre de la Société Anatomique de Paris.

### CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

L'Union Médicale du Canada paraît le 1<sup>er</sup> de Chaque mois par fascicules de 64 pages, formant, chaque année, un volume de 800 pages environ.

#### PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis.....	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union postale ( Etranger ).....	2.50
Etudiants.....	1.00

Payable d'avance par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur LE SAGE, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T VALIQUETTE, 1225, rue Huntly, Montréal, ou Boite Postale No. 2189.

1910

Les Directeurs de L'Union Médicale  
adressent leurs remerciements et  
leurs souhaits du nouvel an à tous  
leurs amis, collaborateurs, abonnés  
et annonceurs.



The Directors of "L'Union Médicale du Canada" address their  
thanks and best wishes to all  
friends, subscribers and advertisers.



# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1878.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. E. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

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

Vol. XXXIX

1er JANVIER 1910

No 1

## ACTUALITES

### LE BILL RODDICK

Le Bill Roddick a de nouveau fait son apparition.

Depuis longtemps nous nous plaignons de l'encombrement de notre profession ; nous le trouvons trop étroit, ce cadre provincial, nous voulons en briser les lignes fictives et aller planter notre tente où bon nous semble dans cet immense pays qu'est notre beau Canada.

C'est une anomalie que d'exiger d'un élève diplômé de l'une de nos Universités reconnues dans la Puissance, des épreuves successives chaque fois qu'il se dirige d'une province dans une autre.

En Europe les choses se passent autrement.

En France, un élève diplômé de l'Université de Bo. deaux ou de Lyon peut aller exercer à Paris ou ailleurs sur le territoire français et dans toutes ses colonies.

En Allemagne et en Autriche, en un mot, dans tous les pays d'Europe c'est une coutume établie à peu près partout.

Je fais une exception pour l'Angleterre. Jusqu'à 1909, les diplômes de médecine anglais n'étaient pas reconnus au Canada. Aujourd'hui, la question est réglée et les médecins anglais peuvent obtenir l'équivalence avec nous en se conformant à l'article " 400. 20 " de la " loi médicale de Québec " sanctionnée le 7. mai 1909.

En Amérique nous sommes plus parcimonieux. Ainsi, chez nos voisins, des Etats-Unis, on semble opérer en sens inverse.

Il y a 15 ou 20 ans, un diplôme ouvrait tous les territoires; et pourtant les médecins de ce temps-là valaient bien peu. Un simple stage de 5 ou 6 mois dans une école particulière suffisait pour déclarer l'impétrant digne d'exercer la médecine et la chirurgie.

Peu à peu, des Universités sérieuses se fondèrent, le niveau de la profession médicale s'éleva rapidement et avec lui les obstacles surgirent sur le chemin des arrivistes et des barbiers audacieux, Chaque Etat résolut de protéger ses Universités et ses élèves contre les fumistes d'à côté.

En vérité, ce sont ces frontières nouvelles, déclarées infranchissables à moins de remplir certaines conditions de compétence, qui forcèrent les Etats, les uns après les autres, à élever le niveau de leurs études médicales, inaugurant ainsi ce magnifique mouvement de régénération intellectuelle auquel les Etats-Unis sont redevables de l'influence qu'ils exercent même en Europe.

Au Canada, nous avons toujours été les victimes de notre régime politique.

Avant la Confédération en 1867, nous étions divisés en deux parties absolument indépendantes: le Haut et le Bas-Canada.

Les aspirations et les mœurs étaient tellement opposés qu'un étranger eut pu croire à deux pays différents.

Fort heureusement, la Confédération a opéré l'Union politique, mais l'Union médicale, (sans calembour) est encore incertaine, nous sommes restés, de part et d'autre, sur nos positions respectives: Haut et Bas-Canada.

Le Haut Canada s'imagine volontiers que ses programmes d'études, ses écoles, ses universités, ses professeurs, ses médecins sont supérieurs à ceux du Bas-Canada, et ils refusent à notre enseignement le crédit que nous lui accordons.

D'autre part, nous avons la prétention de croire que nos études classiques sont plus solides et préparent mieux l'élève à l'étude de la médecine et des professions libérales que les High School ou autres institutions du genre.

Nous prétendons aussi que le niveau de nos études médicales est au moins égal au niveau le plus élevé au Canada.

Ainsi, nous refusons de part et d'autre de faire aucune concession dans l'intérêt commun et nous souffrons de cet état de choses.

La Province de Québec a fait déjà quelques efforts dans le but de se rapprocher de ses provinces sœurs; mais Ontario a la vertu farouche, et elle se tient éloignée, car elle a une crainte native de la "*furia francesca*".

Notre collègue des médecins a inauguré, avec la nouvelle loi médicale, un nouveau bureau d'examineurs qui devait nous ouvrir les portes de tous les temples, mais il paraît qu'on en pense autrement ailleurs. D'après ce que je vois, nous en serons pour nos frais de représentation, et les gouverneurs qui nous ont annoncé l'ère de la licence interprovinciale avec ce nouveau système doivent se rendre compte aujourd'hui que leur bonne foi a été trompée.

Si nous voulions, aujourd'hui, avec notre loi nouvelle, obtenir l'équivalence interprovinciale, nous serions forcés de convoquer une réunion plénière de tous les représentants autorisés des conseils médicaux, et là, de s'entendre en confrontant de nouveau nos programmes d'études médicales et les pouvoirs respectifs de nos bureaux d'examineurs.

C'est ce que nous avons prévu à l'Union Médicale l'hiver dernier lorsque nous avons discuté cette clause du nouveau bill. Voici que nos prétentions ne sont que trop justifiées.

Notre nouveau bureau ne nous donne pas, *ipso facto*, le droit d'équivalence; c'est un simple *proviso*. Donc nous n'avons pas avancé d'un pouce. Et la preuve, la voici: au moment où le fonctionnement de ce nouveau bureau entre en jeu, voilà que surgit de nouveau l'idée d'un conseil fédéral avec la licence adéquate pour toute la Puissance du Canada.

Il n'est plus question d'équivalence ni d'échange interprovinciale. Crevé, le ballon....

Le Collège des médecins de la province de Québec a donc compris qu'il lui fallait passer par les fourches caudines du Haut-Canada et étudier à la loupe, ou plutôt "à la vapeur" le Bill Roddick, seul acceptable pour nos amis d'à côté.

Rappelez-vous ce que je vous disais plus haut, nous sommes encore en 1865 au point de vue médical: Haut et Bas-Canada.

Le Bill Roddick, tel que nous le publions, a été sanctionné à Ottawa en 1902.

Toutes et chacune des provinces de la Confédération devaient l'adopter avant qu'il ne devint loi. Or, comme Québec s'y est toujours refusé sous prétexte, et avec raison, que ce bill s'arrogeait le droit de contrôle sur nos études classiques et universitaires, et qu'il conduisait insensiblement vers la création d'une Université d'Etat, il est resté lettre morte.

Aujourd'hui, il est de nouveau soumis à notre approbation.

Sans doute, il est désirable que nous nous entendions sans retard sur cette grave question. Il faut penser à l'avenir.

L'Université McGill serait prête à toutes les concessions dans le but d'arriver à une entente interprovinciale. Elle exercerait alors une influence prépondérante dans toutes les provinces, car son enseignement est recherché par des étudiants qui lui arrivent de tous côtés.

D'autre part, Laval serait favorisée aussi. car ses élèves, chaque année plus nombreux, trouveraient dans Ontario et dans l'Ouest des centres nouveaux peuplés de canadiens-français à l'aise où la vie serait relativement facile et les services bien rénumérés.

Et cela soulagerait d'autant les vieilles provinces, surtout la province de Québec, où les médecins, bien souvent, sont obligés, afin d'attirer le client grognard, de se déclarer des guerres de tarif qui avilissent notre belle profession.

Mais il ne faudrait pas, pour ces considérations sommaires, échanger notre bien contre un plat de lentilles, c'est-à-dire, abandonner les prérogatives de notre enseignement classique et de notre enseignement supérieur universitaire, pour passer sous la tutelle d'un conseil fédéral omnipotent.

Que l'on nous donne des garanties écrites, qu'on élimine totalement les questions de contrôle, que l'on s'en tienne à un simple *Bureau de Compétence* avec des pouvoirs restreints et définis, et nous accepterons probablement d'entrer en pourparlers afin de régler définitivement cette question si épineuse.

Dans une assemblée spéciale, nos gouverneurs ont proposé des amendements tels qu'ils lèvent tous les obstacles, dit-on?...

Nous attendrions donc que le projet réformé nous soit soumis avant d'en discuter le mérite.

Mais en attendant, qu'on lise le projet original dont les clauses principales subsistent encore à savoir: 4. a. c. — 6. b. c. 10 en entier — on y verra jusqu'où pénètre l'influence de ce conseil fédéral.

Ces clauses sont inacceptables dans leur forme actuelle.

Nous attendrons donc ces fameux amendements et nous informerons nos lecteurs.

ALBERT LESAGE.

# LE BILL RODDIK

2 EDOUARD VII

CHAP. 20

Acte à l'effet d'établir un Conseil médical en Canada.

[Sanctionné le 15 mai 1902.]

Sa Majesté, par et avec l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des Communes du Canada, décrète ce qui suit:—

1. Le présent acte peut être cité sous le titre: *Acte Médical du Canada, de 1902.*

2. Dans le présent acte, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente,—

(a) l'expression "médecine" sera censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, mais non la chirurgie vétérinaire, et l'expression "médical" sera censée comprendre chirurgical et obstétrique.

(b) l'expression "Conseil médical provincial" comprend Bureau médical provincial et Collège de médecins et chirurgiens.

(c) l'expression "école de médecine" comprend toute institution où s'enseigne la médecine".

(d) l'expression "étudiants" s'entend seulement des personnes admises à l'étude de la médecine en vertu des lois provinciales".

3. Les personnes qui seront de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviendront d'autre manière membres du Conseil médical du Canada, en vertu des dispositions du présent acte, sont constituées en corporation sous le nom de "Conseil médical du Canada," — (*The Medical Council of Canada,*) — ci-après appelé "le Conseil."

4. Le but du Conseil est—

(a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permettra à ceux qui l'atteindront d'être admis et autorisés à pratiquer dans toutes les provinces du Canada;

(b) d'établir un registre des praticiens en médecine canadiens, et faire la publication et la révision de ce registre;

(c) d'établir et fixer les qualités et connaissances exigées pour l'inscription, y compris les cours d'études à suivre, par les étudiants, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription;



(d) de créer et maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen et l'octroi de certificats de capacité;

(e) de travailler à élever la profession médicale en Canada à un niveau tel qu'elle puisse être reconnue dans le Royaume-Uni, et que les praticiens canadiens puissent acquérir le droit de s'y faire inscrire en vertu des actes du parlement impérial désignés sous le titre de *Medical Arts*;

(f) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions du présent acte, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

5. Le Conseil pourra acquérir et garder tous immeubles qui lui seront nécessaires ou utiles pour atteindre ses fins ou en tirer un revenu applicable à cet objet, et il pourra les vendre, les louer, ou autrement en disposer; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et gardés par le Conseil pour des fins de revenu ne devra jamais dépasser la somme de vingt-cinq mille piastres.

6. Le Conseil sera composé—

(a) d'un membre de chaque province, qui sera nommé par le Gouverneur en conseil;

(b) de membres représentant chaque province, dont le nombre sera fixé suivant le nombre de praticiens enregistrés en vertu des lois de la province, dans les proportions suivantes:—

Pour le premier 100, ou toute fraction de ce nombre. . . . .	Un
Pour le second 100, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié. . . . .	Un
Après les premiers 200, pour chaque 600 suivants, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié. . . . .	Un

Les membres électifs représentant chaque province seront élus — un par le Conseil médical provincial, et les autres par les praticiens dûment inscrits qui auront reçu une licence ou un certificat d'enregistrement dans la province, en vertu de règlements à établir à ce sujet par le Conseil médical provincial; pourvu qu'aucun Conseil médical provincial, non plus que les praticiens réguliers

d'aucune province, ne puissent élire comme membre du Conseil qui que ce soit qui sera attaché au personnel enseignant ou au conseil d'administration d'aucune université ou école de médecine constituée en corporation, qui, en vertu des dispositions du présent acte, aura le droit d'élire un membre du Conseil, et qu'ils ne puissent, non plus, ainsi élire qui que ce soit appartenant à quelque école particulière et distincte de la pratique de la médecine du genre de celle mentionnée et visée à l'alinéa (d) du présent paragraphe;

(c) d'un membre de chaque université ou de tout collègue ou école de médecine constitué en corporation en Canada ayant quelque arrangement avec une université l'autorisant à conférer des degrés à ses élèves, engagé dans l'enseignement actif de la médecine, qui sera élu par cette université, par ce collègue ou cette école, conformément aux règlements applicables.

(d) de trois membres qui seront élus par ceux des praticiens en Canada qui sont maintenant reconnus, par la loi de la province où ils pratiquent, comme formant une école particulière et distincte de la pratique de la médecine, et qui, en cette qualité, ont droit, en vertu de la dite loi, de pratiquer dans la province.

2. Personne ne sera membre du Conseil, à moins qu'il ne—

(a) réside dans la province pour laquelle il sera nommé ou élu;

(b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représentera;

(c) soit inscrit comme médecin pratiquant dans le registre établi en vertu des dispositions du présent acte; mais cette qualité ne sera requise d'aucun des membres composant le Conseil à son origine.

3. Aucune province ne sera représentée au Conseil, soit par des membres nommés ou élus, avant que la législature de la province n'ait statué que l'inscription par le Conseil sera acceptée comme l'équivalent d'une inscription au même effet en vertu des lois de la province; et quand toutes les provinces auront légiféré à cet effet, il sera loisible de nommer et élire de la manière susdite les membres du Conseil; pourvu toujours que, si quelqu'une des dites législatures abroge ensuite sa législation, prévue par cet article, il ne soit donné à d'autres personnes le droit de pratiquer la médecine dans les limites de la juridiction de cette législature, à raison de leur qualification ou enregistrement, en vertu du présent acte.

7. La durée de charge des membres nommés sera de quatre ans.  
2. Les membres élus par les Conseils médicaux provinciaux resteront en charge pendant la durée du mandat des membres du Conseil médical provincial de la province pour laquelle ils auront été élus.

3. Tous les autres membres seront élus pour quatre ans.

4. Tout membre pourra en tout temps donner sa démission par avis écrit adressé au président ou au secrétaire du Conseil. Si cette démission est acceptée, le Conseil la signifiera par écrit, si c'est un membre nommé, au Secrétaire d'Etat du Canada, et si c'est un membre élu, au secrétaire du Conseil médical de la province ou à toute autre université, à tout collège ou école de médecine constitué en corporation, ou au président ou secrétaire de toute école reconnue et distincte de pratique de la médecine représentée, que ce membre représentera.

5. Toute personne qui est ou a été membre, si elle possède les qualités requises, pourra être nommée de nouveau ou être réélue; mais personne ne pourra cumuler les fonctions de deux membres.

6. Dans le cas de membres du Conseil dont la durée de charge touchera à sa fin, leurs successeurs pourront être nommés ou élus en tout temps dans les trois mois qui précéderont l'expiration de leurs fonctions; néanmoins, lorsqu'il se produira quelque vacance parmi les membres du Conseil, soit par expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance pourra être remplie en tout temps.

7. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du Conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu, alors, après avis donné par le Conseil invitant le Conseil médical provincial, ou le collège ou l'école constitué en corporation, ou l'université, ou l'école reconnue et distincte de pratique de la médecine, à faire cette élection et son rapport au Conseil sous un mois de la date de la signification de cet avis, le Conseil pourra, si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

8. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causée par décès ou démission du titulaire, aura les mêmes attributions que celui qu'il remplacera, et occupera la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

9. Tout membre nommé ou élu restera en charge jusqu'à ce que son successeur soit nommé ou élu, ou jusqu'à l'expiration de son terme d'exercice, si son successeur est nommé avant l'expiration de ce terme.

8. Le Conseil pourra, au besoin,—

(a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie;

(b) nommer un registraire, qui pourra aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire et trésorier;

(c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il jugera nécessaires pour les fins du présent acte et sa mise à exécution;

(d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre officier ou employé, tel cautionnement, pour la bonne exécution de ses devoirs, que le Conseil jugera nécessaire;

(e) fixer l'indemnité ou la rémunération qui sera payée au président, au vice-président, et aux membres, officiers et employés du Conseil.

9. Le Conseil tiendra sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixera le ministre de l'Agriculture; et ensuite, les assemblées annuelles du Conseil auront lieu aux époques et aux endroits que fixera le Conseil au besoin.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordre ou règlement du Conseil, vingt et un de ses membres formeront quorum, et tous les actes du Conseil seront décidés par la majorité des membres présents.

10. Le Conseil pourra en tout temps établir des règlements, non contraires à la loi ou aux dispositions du présent acte, à l'égard des fins suivantes:—

(a) celles mentionnées aux paragraphes *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article 4 et en l'article 8 du présent acte;

(b) la direction, la conduite et l'administration du Conseil et de ses biens et propriétés;

(c) la convocation et la tenue des assemblées du Conseil, les dates et localités où auront lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires, et le nombre de membres nécessaire pour former un quorum;

(d) les pouvoirs et devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir pour quelque cause que ce soit;

(e) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés;

(f) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales; la définition de leurs pouvoirs et devoirs; la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires;

(g) en général, toutes contributions à imposer, payer ou recevoir en vertu du présent acte;

(h) l'établissement, le maintien et la tenue d'examens pour s'assurer si le candidat possède ces qualités; le nombre, la nature, les époques et le mode de ces examens; la nomination des examinateurs; les conditions auxquelles seront reçus comme preuve de capacité l'immatriculation et les certificats des universités, écoles, et autres institutions médicales; en général tout ce qui se rattache à ces examens ou qui est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but;

Pourvu, néanmoins, que—

- (i) la matière des cours d'études établis par le Conseil ne soit jamais inférieure à celle des cours les plus élevés alors établis pour le même objet dans aucune province;
- (ii) le programme des examens ne soit jamais inférieur aux meilleurs programmes alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription dans aucune province;
- (iii) la possession seule d'un degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, obtenu postérieurement à la date à laquelle le présent acte deviendra exécutoire aux termes du paragraphe 3 de l'article 6 du présent acte, ne donne pas à son porteur le droit d'être inscrit en vertu du présent acte;
- (iv) Le présent acte n'aura pas d'effet rétroactif spécialement pour ce qui est des personnes dûment inscrites comme étudiants sous les lois de quelqu'une des provinces du Canada, à l'époque où il deviendra exécutoire comme susdit.

(i) la reconnaissance des diplômes par une corporation ou autorité britannique, canadienne, coloniale ou étrangère, autorisée à en décerner; l'élaboration et la mise à exécution de tout projet de réciprocité au sujet de l'inscription des praticiens avec toute corporation ou autorité médicale britannique, coloniale ou étrangère; les termes et conditions auxquels, et le cours d'études à la suite duquel les praticiens auront le droit de se faire inscrire en vertu du présent acte, lorsque ces praticiens seront dûment inscrits ou diplômés sous l'empire des lois du Royaume-Uni, ou de celles de toute possession britannique autre que le Canada, ou des lois de tout pays étranger, si cette possession britannique ou ce pays étranger accorde des avantages réciproques au Canada;

(j) l'immatriculation et l'enregistrement de toutes personnes ayant droit, en vertu du présent acte, de figurer sur le registre des praticiens en médecine canadiens.

(k) en général, toute chose au sujet de laquelle il deviendra nécessaire ou opportun de pourvoir ou de régler pour atteindre le but du présent acte suivant son intention générale.

2. Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'aura force d'exécution avant d'avoir été approuvé par le Gouverneur en conseil, et cette approbation sera une preuve concluante que le règlement n'a pas d'effet rétroactif.

11. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou le secrétaire sous son seing et le sceau du Conseil, fera foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la production de cet exemplaire paraissant être ainsi certifié.

12. Le Conseil établira des règlements à l'effet d'assurer aux praticiens qui, en vertu des lois de quelque province, sont maintenant reconnus comme formant une école particulière dans la pratique de la médecine, et à tous les impétrants à l'inscription qui désireront être praticiens de cette école, des droits et privilèges non inférieurs à ceux qu'ils possèdent actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

13. A chaque réunion annuelle du Conseil, celui-ci nommera un bureau d'examineurs, qui sera désigné sous le nom de "Bureau des examinateurs du Conseil médical du Canada." dont le devoir sera de faire subir les examens prescrits par le Conseil, sauf les dispositions de l'article 12 du présent acte.

2. Les membres du bureau des examinateurs pourront être nommés de nouveau.

14. Les sujets d'examen seront fixés par le Conseil, et les candidats pourront, à leur choix, être examinés en anglais ou en français; et les examens n'auront lieu que dans les centres où il y aura une univorité ou un collège activement engagé dans l'enseignement de la médecine, et où il y aura un hôpital ne contenant pas moins de cent lits.

15. Le Conseil fera tenir par le registraire, sous la direction du Conseil, un livre ou registre qui sera appelé le "Registre Médical Canadien," dans lequel seront inscrits, de la manière et avec les détails prescrits par le Conseil, les noms de toutes les personnes qui se seront conformées aux prescriptions du présent acte et aux règlements établis par le Conseil au sujet de l'inscription en vertu du présent acte, et qui demanderont au registraire d'y inscrire leurs noms.

16. Toute personne qui passera l'examen prescrit par le conseil et se conformera à toutes les conditions et règles requises pour l'enregistrement, comme l'exige le présent acte et l'exigera le conseil, aura droit, moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, d'être enregistrée comme praticien en médecine".

2. Toute personne en possession d'une licence ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle le présent acte deviendra exécutoire comme susdit, et qui aura été engagée dans la pratique active de la médecine dans l'une ou plusieurs des provinces du Canada, aura, après six ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrit en vertu du présent acte comme praticien en médecine, sans avoir à subir d'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le Conseil.

3. Toute personne rentrant dans quelqu'une des classes de praticiens inscrits ou diplômés auxquels s'applique l'alinéa (j) de l'article 10 du présent acte, aura droit de se faire inscrire en se conformant aux règlements établis par le Conseil à cet égard.

17. Toute inscription dans le registre pourra être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

18. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, pourra en appeler au Conseil, qui entendra les parties et décidera l'affaire; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée, sera renvoyée au Conseil par le registraire, et le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, entendra la cause et la décidera.

19. S'il est démontré au Conseil, après enquête, qu'une personne inscrite en vertu du présent acte a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une infraction qui, si elle eût été commise en Canada, eût entraîné une mise en accusation en vertu du *Code criminel*, 1892, et de ses modifications, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, que cette infraction ait été commise, ou que la conviction ait eu lieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après la sanction du présent acte, ou avant ou après l'inscription de cette personne, le Conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de cette personne, qui aura le droit de comparaître par avocat, ordonnera au registraire de rayer le nom du coupable du registre; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu du présent acte a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre, pour quelqu'une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le Conseil devra alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu du présent acte.

2. Le nom d'une personne ne sera pas biffée du registre en vertu du présent article,—

(a) parce qu'elle aura adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle ou telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie; ou

(b) parce qu'elle aura été trouvée coupable, en dehors des possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger; ou



(c) parce qu'elle aura été trouvée coupable d'une infraction qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, sera, de l'avis du Conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle aura été commise, insuffisante pour empêcher quelqu'un d'être inscrit en vertu du présent acte.

**20.** Lorsqu'il sera démontré au Gouverneur en conseil que quelque-une des prescriptions du présent acte n'a pas été remplie, le Gouverneur en conseil pourra autoriser la commission d'arbitrage ci-dessous prévue à s'enquérir d'une manière sommaire et de lui faire rapport si tel est le cas, et, s'il en est ainsi, prescrire la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le Gouverneur en conseil invitera le Conseil médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il jugera à propos de fixer. Si le Conseil manque de le faire, il devra, par un arrêté en conseil, modifier les règlements ou prendre les mesures ou rendre les arrêtés qu'il jugera nécessaires pour donner effet à la décision de la commission.

3. La commission d'arbitrage sera composée de trois membres, dont l'un sera nommé par le Gouverneur en conseil, un autre par le Conseil médical du Canada, et le troisième par le plaignant.

4. La commission pourra contraindre les témoins à comparaître et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et sera revêtue de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui conférera le Gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

**21.** Le présent acte ne sera pas interprété comme autorisant la création d'écoles de médecine, ou donnant à quelque titre un enseignement médical.

---

## LA FIEVRE TYPHOÏDE. CAUSES DE LA CONTAGION ET MOYENS DE LES COMBATTRE. (1)

Par le Dr ARTHUR BERNIER,

Professeur à l'Université Laval Bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les statistiques du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec nous apprennent que la fièvre typhoïde augmente au lieu de diminuer.

De 1896 à 1903, la mortalité a été de 365 en moyenne par année, et de 1903 à 1908 elle a été de 465 soit une augmentation de 27 p. 100 pour les six dernières années comparées aux six années précédentes.

Le taux de la mortalité par fièvre typhoïde calculé par 100,000 habitants a été en 1906 de 26 et en 1907 de 30. Mais la maladie n'est pas répartie également dans toute la province, et il y a des endroits où le taux s'élève, et sans être excessif, justifie une lutte plus active contre l'infection typhique.

A Montréal le taux de la mortalité s'élève à 48.7 en 1906, 50.5 en 1904, 50.2 en 1901. A la ville St-Louis: 90.6 en 1905, 66 en 1906. Or l'expérience des pays étrangers nous apprend que ces taux peuvent s'abaisser. En Allemagne, en Angleterre, surtout, on a obtenu des résultats remarquables. Aux États-Unis, les villes de Jersey, Lowell, Laurence, Alban, Cleveland, nous donnent l'exemple à suivre.

Combien y-at-il de cas de fièvre typhoïde annuellement dans la Province? Nos médecins n'ont pas encore pris l'habitude de déclarer exactement les cas de maladies contagieuses puisque comparés à la mortalité, les cas déclarés en 1906 donneraient 45 p. 100 de décès et en 1907 57 p. 100.

Or pendant ces deux années les épidémies n'ont pas encore été particulièrement violentes, et dans les quatre grands hôpitaux de Montréal, la mortalité n'a que 9.6 p. 100.

Pour évaluer approximativement le nombre de cas il faut se baser sur la mortalité et en admettant ce taux de 9.6 p. 100 chez les sujets traités hors des hôpitaux, il y aurait eu pendant 1906 environ 4900 cas et en 1907 environ 5500 cas de fièvre typhoïde.

Pour en finir avec les chiffres ajoutons que M. Winy, dans un étude sur la fièvre typhoïde à Pittsburg, a évalué à 125 dollars le coût de chaque cas, représentant les pertes de salaires, dépenses des hôpitaux, honoraires de médecin. Ce montant à peu de chose

(1) Communication à la Convention des services sanitaires de la Province de Québec tenue à Sherbrooke le 27 août 1909.

près pourrait s'appliquer au coût de la même maladie dans notre Province, et à ce compte les 5000 cas coûteraient au delà de 600,000 dollars annuellement.

C'est donc parce que les épidémies sont fréquentes et que la morbidité peut être diminuée que nous avons cru utile de résumer ici les grandes lignes de la lutte scientifique contre la fièvre typhoïde.

Cette lutte étant basée sur la connaissance des conditions dans lesquelles le bacille d'Eberth se propage, il importe d'abord de préciser ces conditions, en étudiant le bacille dans les milieux où il se rencontre.

Cette étude a été rendue beaucoup plus facile grâce à la découverte de nouveaux milieux de culture qui permettent d'isoler l'agent infectieux et de l'identifier plus sûrement qu'auparavant.

*Le bacille dans les selles.* — L'examen bactériologique des selles a démontré que le bacille d'Eberth existe parfois chez des sujets sains, sans qu'on puisse expliquer sa présence.

Il a été trouvé également dans quelques cas, de un à vingt-cinq jours avant l'apparition des symptômes cliniques de la maladie. Donc, un sujet sain en apparence peut être la cause d'une épidémie. Ces cas sont plutôt exceptionnels.

C'est ordinairement au cours de la première semaine de la fièvre que les bacilles apparaissent dans les selles, pour y persister pendant toute la durée de la maladie et disparaître pendant la convalescence. Ils y sont en nombre énorme, on les y compte souvent par millions par gramme.

Certains sujets cependant continuent à en éliminer pendant des semaines, des mois et des années après la guérison et pendant ce temps ils constituent un danger public. Ce sont ces anciens typhoïdiques que l'on appelle les porteurs de bacilles et qui propagent la maladie autour d'eux. Trois pour cent des typhoïdiques deviennent des porteurs de bacilles, les exemples de cas ainsi transmis ne sont pas rares, on ne les compte plus.

Ainsi Huygenberg rapporte le cas d'une femme qui dans l'espace de 31 ans a causé 13 cas de fièvre dans la maison qu'elle habitait et qui exerce toujours des bacilles dans ses selles. Scheller rapporte l'observation d'une femme qui, dix-sept ans après sa fièvre a encore des bacilles, et pendant ce temps a été la cause de trente-deux décès.

Tandis que chez les gens de son entourage les soins antisept-

tiques, lavage des mains au lysol, urotropine à l'intérieur, suffisaient à faire disparaître les bacilles chez elle ces mêmes soins ont été sans effet.

Citons encore le cas de cette cuisinière de New-York, surnommée Typhoïd Mary. Vingt-huit cas de fièvre ont été découverts dans les maisons où elle fut employée.

Il est à remarquer que ces porteurs chroniques qui propagent facilement la maladie sont plutôt des cuisiniers, laitiers ou autres personnes mangeant des substances alimentaires.

Or ces porteurs chroniques constituent un danger d'autant plus grand qu'on ne peut les découvrir que par l'examen bactériologique de leurs selles, et qu'ils ont toute l'apparence de personnes en bonne santé bien qu'éliminant des quantités parfois énormes de bacilles comme 190 000 000 par gramme dans une observation publiée récemment.

Un certain nombre d'entre eux éliminent aussi des bacilles par les voies urinaires.

*La bacille dans l'urine.* — L'urine des typhoïdiques est considérée comme plus dangereuse que les selles, parce que les bacilles peuvent y persister plus longtemps et parce que les souillures qu'elle cause passent facilement inaperçues.

Le bacille y apparaît plus tardivement que dans les selles, mais lorsqu'ils y sont c'est en nombre considérable. Sternbey cite un cas où il y en avait 175 000 000 par centimètre cube. .

Le malade continue à les éliminer plusieurs semaines après la guérison, et parfois beaucoup plus longtemps.

Or nous savions que la stérilisation des urines est un point trop négligé de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Bien que le danger soit connu depuis des années nous connaissons un grand hôpital où récemment encore, l'on jetait aux égouts les urines sans stérilisation préalable bien que l'on désinfectait soigneusement les selles.

Il faut donc se rappeler que l'urine contamine les mains, les cuisses du malade, son lit, ses vêtements, le siège des latrines, etc.

*Autres causes de contamination.* — Les sécrétions de la bouche, du pharynx, les crachats, la sueur contiennent, mais d'une façon inconstante, des bacilles typhiques.

Il est donc évident que beaucoup d'objets peuvent être con-

taminés dans la chambre du malade, d'où la nécessité d'une stérilisation bien faite.

Actuellement l'on admet comme beaucoup plus fréquente qu'on ne croyait autrefois la transmission de la maladie autre que par l'eau ou le lait ; le nombre de ces cas serait d'après Whipple de 35 p. 100 contre 40 p. 100 dus à l'eau, 25 p. 100 dus au lait.

Il existe une contagion directe qu'il faut combattre par l'isolement relatif du malade et une stérilisation efficace des objets souillés.

*Rôle des mouches.* — Il y a des cas de fièvre que l'on ne peut expliquer que par la contagion par les mouches. Les expériences de laboratoire ont démontré que les mouches transportent le bacille de deux façons ; soit après un simple contact avec des matières fécales, soit après s'être nourri de matières infectées en évacuant le bacille avec leurs excréments.

Ainsi se trouvent contaminés des aliments et divers objets pouvant être portés à la bouche. Il est possible que ce mode de contagion soit particulièrement fréquent à la campagne où les fosses d'aisance sont généralement d'un accès facile aux mouches. La survie du bacille dans ces fosses d'aisance serait de plusieurs mois et peut-être de plusieurs années.

*Le bacille dans l'eau.* — L'eau est le véhicule qui dissémine le plus souvent le bacille typhique. Ces épidémies ont un début brusque, se propagent rapidement, sont limitées au territoire alimenté par cette eau. Nous en avons souvent des exemples dans la Province de Québec. (1)

L'eau peut être contaminée de plusieurs façons ; 1° par les matières fécales et les urines des typhoïdiques, jetées aux égouts ; 2° par pénétration à travers les parois non étanches d'un puits ou d'un canalisation, d'eaux infectées ; 3° par des objets souillés, jetés ou lavés dans un cours d'eau ; 4° par des eaux superficielles se jetant dans une source mal captée.

*Recherche du bacille dans l'eau.* — Il nous est parfois demandé de rechercher le bacille dans l'eau au cours des épidémies. Bien peu de bactériologistes ont réussi à déceler sa présence dans ce cas, et il y a deux raisons pour expliquer les insuccès : à moins que la cause de contamination soit persistante, lorsque l'épidémie est dé-

(1) L'épidémie actuelle, par exemple.

clarée, les bacilles ont déjà disparu de l'eau pendant la période d'incubation. En plus il n'existe pas de procédé pratique de recherche du bacille dans l'eau. On ne cite guère qu'une quinzaine de cas où l'on a pu découvrir le bacille et encore l'on met en doute plusieurs d'entre eux comme n'ayant pas de caractères d'identification suffisants du bacille.

*Survie du bacille dans l'eau.* — Il serait extrêmement important de savoir si une eau rendue à telle ou telle distance de son point de contamination est épurée ou encore dangereuse.

C'est un problème difficile à résoudre à cause de l'insuffisance des moyens de recherche du bacille, et parce que l'eau est soumise à des influences qu'on ne peut toutes reproduire dans les expériences de laboratoire: composition chimique, action des rayons solaires, de la température, vitesse du courant, sédimentation, dilution, flore microbienne. On semble généralement admettre que les bacilles vivent pendant un mois dans l'eau, mais dès les premiers jours leur nombre diminue rapidement. Aussi après quelques jours, le danger est considérablement diminué, mais ne disparaît complètement qu'à une grande distance du point de contamination.

C'est pour se rapprocher autant que possible des conditions naturelles que Ravold a étudié la survie du *b. prodigiosus* qui a à peu près les mêmes propriétés de résistance que le *b. Eberth*, en en jetant une grande quantité dans les égouts de Chicago pour le faire rechercher le long des cours d'eau entre cette ville et Saint Louis.

Or ce *b. prodigiosus* a été retrouvé un mois après à St-Louis, après avoir parcouru plus de 300 milles, mais la plus grande partie d'entre eux ont disparu avant d'atteindre cet endroit.

L'on peut donc conclure que les eaux contaminées ne sont épurées entièrement qu'après avoir parcouru une très longue distance sans qu'il soit possible d'indiquer de limite fixe. En pratique toute eau exposée à la contamination par les égouts devrait être soumise à une purification avant d'être utilisée.

*Le bacille dans le lait.* — Les épidémies propagées par le lait sont bien connues. On les reconnaît en ce qu'elles sont limitées à la clientèle du laitier.

Le lait contient des bacilles typhiques parce qu'il a été addionné d'eau contaminée, parce qu'il a conservé dans des bidons

ou bouteilles lavés avec une telle eau ou encore parce qu'il a été manipulé par des porteurs de bacilles.

Si le lait stérilisé est un excellent milieu de culture, il est probable que le bacille se multiplie dans le lait ordinaire malgré la présence des autres bactéries, car ces épidémies y sont généralement très violentes.

Les épidémies transmises par les huitres et signalées aux États-Unis et en Europe ont pour cause la contamination de l'eau du bassin dans lesquels on les met.

Enfin des fruits, des légumes ont pu être souillés par le sol, les bacilles conservent leur vitalité pendant des mois dans la terre et sont ramenés à la surface par la croissance des plantes.

On admet enfin comme probable sinon comme démontrée la contagion par l'air, c'est ainsi qu'on explique des épidémies survenues à la suite des travaux dans les fosses d'aisances. Il est possible que dans ces cas il y ait d'autres facteurs inconnus, peut-être les mouches joueraient-elles là le principal rôle.

Telles sont résumées les causes connues de dissémination du bacille d'Eberth. Il ne faut pas croire qu'en pratique il sera toujours facile ou même possible de les découvrir. Il faut dans les enquêtes de ce genre rechercher d'abord le véhicule qui transporte le microbe, remonter au point de départ de la contamination. Parfois il faudra recourir aux analyses bactériologiques comme dans le cas des porteurs chroniques.

L'on s'est demandé si l'explication de certains cas n'aurait pas pour cause la transformation du colibacille en bacille d'Eberth. La question de parenté entre ces deux bactéries n'est pas encore résolue. Des recherches commencées à ce sujet ont démontré que dans la majorité des cas de fièvre typhoïde il y avait dans les selles en même temps que le bacille d'Eberth et le coli, des variétés intermédiaires entre les deux, des paratyphiques. Mais on ne peut rien conclure tant que l'on n'aura pas assisté à la transformation du coli en b. d'Eberth.

Connaissant les conditions dans lesquelles se transmet la fièvre typhoïde, pouvons-nous considérer cette maladie comme évitable!

Si l'on fait exceptions des porteurs chronique de bacilles, et des sujets qui éliminent des bacilles pendant la période d'incubation les typhoïdiques peuvent être mis hors d'état de propager la maladie par la destruction des bacilles chez le malade.

Quant aux autres cas, les mesures générales de prophylaxie, épuration des eaux d'égouts et *filtration* des eaux d'alimentation rendraient le danger de dissémination beaucoup moindre. Donc sans être entièrement évitable la fièvre typhoïde pourrait être beaucoup moins fréquente.

*Rôle du médecin traitant.* — Le rôle du médecin traitant dans la lutte contre la fièvre typhoïde sera 1° d'assurer le diagnostic 2° de déclarer les cas au conseil d'hygiène; 3° d'indiquer les moyens de détruire le bacille chez le malade.

Assurer le diagnostic, c'est déjà son devoir de médecin traitant, et si les symptômes cliniques ne suffisent pas, il peut s'aider des procédés de laboratoire; recherche du bacille dans les selles, dans le sang, réaction de Widal.

Cette dernière réaction est malheureusement moins précoce que les autres, elle est rarement positive avant le 8e ou 10e jour de maladie mais elle est d'une exécution plus facile surtout lorsque le malade est éloigné du laboratoire. Au laboratoire du conseil d'hygiène, ces recherches de laboratoire sont encore relativement peu demandées, et dans 25 p. 100 des échantillons envoyés, le sang a été recueilli trop tôt pour donner une réaction positive. Ce n'est que dans quelques cas rares qu'une deuxième ou troisième réaction est demandée.

La déclaration des cas devrait être faite avec soin aussitôt le diagnostic assuré, c'est le seul moyen qu'ont les bureaux d'hygiène de se renseigner sur l'existence des épidémies, et sur l'opportunité de faire une enquête sur leur origine. Les statistiques nous démontrent combien la déclaration des cas est négligée.

Enfin le médecin doit enseigner à ceux qui soignent le malade comment pratiquer l'isolement relatif du typhoïdique, comment faire la stérilisation non pas en donnant des renseignements vagues mais d'une façon pratique en indiquant ce qu'il faut stériliser, l'antiseptique à employer, la manière de l'utiliser et la durée de contact. Il doit les prévenir des conséquences d'une négligence dans l'exécution de ces précautions et voir lui-même à ce que ses ordres soient exécutés. Il représente en somme le bureau d'hygiène auprès du malade.

*Ce qu'il faut stériliser:* ce sont les matières fécales, les urines, les crachats, les linges, serviettes, éponges, l'eau du bain, les cuillères, fourchettes, couteaux, verres et autres objets qui ont servi



au malade. Les gardes malades auront un soin particulier de leurs mains, lavages antiseptiques fréquents, et éviteront autant que possible de s'occuper de la cuisine.

*Les antiseptiques:* Le crésylol sodique a été recommandé en France pour tous les usages. Il se prépare en mélangeant dans un récipient en grès ou en métal, du crésylol officinal et de la soude caustique liquide, à parties égales et dont on fait des solutions de 1 à 4 p. 100.

La désinfection des selles peut se faire avec la chaux vive, jetée sur les substances à désinfecter en quantité égale à celles-ci. Pour les fosses d'aisances on en remplira de 3 à 5 lbs par pied cube.

Le chlorure de chaux est employé dans le même cas, à l'état de poudre ou de solution celle-ci préparée en dissolvant 1/3 de livre dans un gallon d'eau et utilisé en quantité égale à celle des selles, urines ou crachats.

Le lait de chaux fraîchement préparé à 20 p. 100, est aussi un excellent antiseptique.

La durée de contact de l'antiseptique avec les substances à désinfecter sera de deux heures.

La désinfection des selles et des urines sera continuée pendant au moins deux ou trois semaines après la guérison.

Il sera bon de prévenir le convalescent du danger qu'il peut être pour les autres.

Le bichlorure de mercure ne doit pas être utilisé pour les matières fécales ni pour les crachats, mais peut l'être pour les mains, les urines, les linges, le thermomètre, le linge, et le lavage du malade. On l'emploie en solution de 1 p. 500 à 1 p. 3000 suivant les cas. On prépare la solution en faisant dissoudre 1 gramme de bichlorure et un gramme d'acide tartrique ou d'acide chlorhydrique dans la quantité voulue d'eau (500 grammes à 3 litres).

La formaline à 2 p. 100 est un bon antiseptique mais présente l'inconvénient de dégager une odeur désagréable.

*L'ébullition* maintenue pendant une demi heure tue sûrement le bacille typhique. On l'utilise pour les linges, couteaux, fourchettes, etc.

*Isolément.* -- L'isolement rigoureux du malade n'est pas nécessaire surtout si l'on s'entoure des précautions indiquées plus haut,

ependant, les personnes qui ne sont pas obligées d'aller dans la chambre du malade, surtout les enfants s'abstiendront par prudence d'y entrer.

Enfin la propreté la plus minutieuse devra régner dans la pièce habitée par le malade ; il est inutile d'insister sur ce sujet.

*Antisepsie interne.* — On a tenté de détruire les bacilles chez le malade lui-même par les antiseptiques internes. Les antiseptiques intestinaux ont peu d'action sur les bacilles, mais l'urotropine employé à dose de .30 à .50 centigrammes en solution trois fois par jour, est un excellent désinfectant des voies urinaires.

Chez le convalescent surtout, c'est là un moyen d'éviter la dissémination du bacille dans les selles.

La protection contre les mouches consistera à fixer dans les fenêtres des gazes qui les empêchent de pénétrer. Du reste la stérilisation des matières fécales et des fosses d'aisance suffira à prévenir tout danger.

*Traitement des porteurs chroniques de bacilles.* — Aurait-on découvert un porteur chronique, celui-ci devra cesser ses occupations si elles sont de nature à faciliter la propagation de la maladie comme chez les cuisiniers, laitiers, etc. L'on essaiera de détruire leurs bacilles. Un traitement encore à l'essai mais qui paraît donner d'excellents résultats est le traitement par les cultures de bacillus lactis. L'on a recommandé aussi le sérum antiseptique.

*Rôle des bureaux d'hygiène.* — La part du bureau d'hygiène dans cette lutte, sera de rechercher l'origine des épidémies, fournir aux médecins les moyens d'assurer le diagnostic, et l'examen bactériologique des selles et urines, de s'assurer que la désinfection est bien faite, enfin d'indiquer les mesures à prendre pour éviter le retour des épidémies.

L'enquête sera minutieuse, ce que nous avons dit sur les différents modes de propagation de la maladie indique suffisamment sur quoi elle doit porter.

Le laboratoire permettra la recherche du bacille dans les selles, urines, dans le sang, la réaction de Widal, l'analyse des eaux d'alimentation. Dès que l'on soupçonnera l'eau d'être la cause d'une épidémie, les autorités sanitaires locales conseilleront l'ébullition ou la filtration de l'eau à domicile.

S'il y a de la fièvre typhoïde chez un laitier, celui-ci devra cesser la vente et la distribution du lait jusqu'à ce que tout danger soit disparu.

Les mesures générales de propreté d'asepsie dans la traite et la distribution du lait : soins de propreté, stérilisation des bidons et des bouteilles, conservation du lait à basse température diminueront la pullulation de la fièvre typhoïde par le lait.

*Epuraton des eaux.* — Malgré toutes ces précautions il ne sera pas possible d'atteindre tous les bacilles soit à cause de négligence de la part des gardes malades, du convalescent, soit parce qu'on ne peut découvrir les porteurs de bacilles, les eaux d'égoûts sont exposées à la contamination par le bacille typhique et il y a lieu de chercher à l'atteindre là aussi.

Il semble juste en effet d'exiger d'une population qu'elle ne déverse pas des matières infectées dans un cours d'eau destiné à alimenter ailleurs une autre population.

Nous n'avons pas à décrire les différents procédés préconisés pour cette épuration, ils font le sujet d'autres communications à cette convention. Pour être efficace elle devra non seulement rendre l'eau non putrescible mais aussi la rendre stérile.

La filtration des eaux a fait ses preuves. Des villes étrangères ont vu coïncider une diminution considérable de la fièvre typhoïde avec l'installation des filtres. Les filtres à sables paraissent les plus utilisés. Il ne tient qu'à nous d'obtenir les mêmes résultats.

*Vaccination antityphique.* — Pour compléter ce résumé des mesures à prendre pour combattre la fièvre typhoïde, il convient de parler de la vaccination, Wright, Pfeiffer et Kolle ont expérimenté les vaccins chez l'homme. Celui de Wright est une culture en bouillon peptoné de b. d'Eberth, âgée 24 à 48 hrs, stérilisée par chauffage à 53° c. pendant une heure et additionnée de 2.5 p. 100 de Lysol. Il est employé à dose de 500 000 000 de bactéries pour la 1ère injection et neuf ou dix jours après une dose double est injectée. Le nombre de bactéries dans une culture est calculé par comparaison dans un mélange de sang dilué avec le nombre de globules.

Pfeiffer et Kolle se servent d'une culture sur gélose de 24 hrs, émulsionnée dans de l'eau physiologique chauffée à 60° pendant

une heure et additionnée de 3 p. 100 d'acide phénique (on emploie 45 cc. d'eau pour 10 litres de culture) chaque tube donne 10 onces de culture, un once correspond à 0 c.m. 5 d'émulsion.

L'on fait deux ou trois injections à huit ou dix jours d'intervalle et à doses croissantes de 0.3 0.8 et 1 cc. d'émulsion. Cent mille hommes ont été vaccinés d'après le procédé de Wright et comme résultat, la morbidité a été réduite de moitié et parfois des trois quarts, et la mortalité a été réduite au 1/6. La durée de l'immunité serait de plus de trois ans.

Le vaccin de Pfeiffer et Kolle donne à peu près les mêmes résultats mais n'immunise que pour un an. Il aurait l'avantage d'être moins toxique que la culture en bouillon.

Il y a des contre indications à l'emploi de ces vaccins résultants du fait que, jusqu'à une ou deux semaines après la dernière injection, le sujet vacciné est plus exposé à contracter la fièvre typhoïde que les non vaccinés.

Aussi en temps d'épidémie il est dangereux de vacciner. Cette mesure préventive ne doit servir qu'aux personnes qu'on peut isoler pendant un mois de toute source de contagion.

Le vaccin n'est donc guère recommandé que pour le personnel des hôpitaux et pour les personnes qui sont destinées à voyager en pays infecté.

Tel est l'ensemble des mesures de prophylaxie employées ailleurs. Nous savons qu'elles ne sont pas toutes d'une application facile surtout ici où la population étant peu dense et distribuée sur un grand territoire, il est impossible d'établir des bureaux d'hygiène ailleurs que dans les grandes villes. Nous savons également combien il est difficile de faire autoriser par les municipalités les dépenses nécessaires à l'installation des procédés d'épuration et de filtration des eaux. En attendant il faut compter presque uniquement sur le dévouement du médecin traitant.

# CLINIQUE OBSTETRICALE

## VEGETATIONS DE LA GROSSESSE (1)

Par le Dr E. A. DECOTRET

Professeur de Clinique Obstétricale, Accoucheur de la Maternité.

Ceux d'entre vous qui ont assisté à l'accouchement de cette malade que vous venez de voir, se rappellent que sa grossesse n'était pas rendue à terme; ils se rappellent aussi certains faits particuliers qui attireraient spécialement l'attention.

Elle a accouché à 7 mois d'un enfant mort et macéré. Déjà le même accident lui est arrivé deux fois, après avoir accouché heureusement trois fois d'enfants bien portants. Vous vous doutez, n'est-ce pas, de la cause de ces accouchements prématurés avec enfants morts et macérés. C'est la syphilis. En effet, si vous questionnez cette malade, vous découvrez qu'il a existé depuis plusieurs années des symptômes de syphilis.

Lors ce dernier accouchement, je vous ai fait voir certaines manifestations qui ressemblaient beaucoup, même à s'y méprendre, à des plaques muqueuses siégeant sur les grandes lèvres et, dans les plis des cuisses; pas de pléiade ganglionnaire; et aucun autre symptôme de syphilis. Ces végétations n'affectent pas tout le derme qui est resté mou. Vous vous rappelez que je vous ai dit: ces manifestations qui ont l'apparence de syphilides ne sont nullement liées à la syphilis, mais elles sont sous la dépendance uniquement de la grossesse. Le traitement en a été bien simple: des lavages, des applications de tannin, et vous venez de le voir, elles sont presque déjà disparues après cinq ou six jours de traitement.

Vous le voyez, il ne s'agit donc pas ici de syphilis, mais de végétations de la grossesse.

Pendant la grossesse on voit souvent sur la peau et la muqueuse des organes génitaux certaines excroissances auxquelles on a donné le nom de végétations et qu'on désigne parfois aussi sous le nom de condylomes acuminés ou de papillômes.

Ce sont des excroissances plus ou moins rameuses, plus ou moins pédiculés, et qui consistent dans une hypertrophie des papilles du derme.

*Etiologie.* — Longtemps considérées comme la manifestation d'une affection syphilitique, ces végétations n'ont aucune relation avec la syphilis. Elles sont sous la dépendance directe de la gros-

(1) Clinique à la Maternité de Montréal.

sesse. Bell, Cullerier, Bois de Loury, Costillies, Diday, de Rollet, Thibierge, ont prouvé que ces végétations n'étaient nullement liées à la syphilis.

Elles reconnaissent pour causes certaines leucorrhées, vaginites, cervicites, de nature gonorrhéique ou autre. On les rencontre plus particulièrement chez les femmes qui sont atteintes de ces écoulements blanc-laiteux ou verdâtres, si fréquents pendant la gestation. La coïncidence des végétations avec la vaginite granuleuse a été remarquée par nombre d'observateurs. De même la coïncidence de certaines manifestations syphilitiques (plaques muqueuses), etc., avec les végétations de la grossesse est assez fréquente. Dans ces cas, les végétations ne sont pas plus d'origine syphilitique mais elles sont dues à l'irritation incidente aux décharges purulentes.

L'idée généralement admise est que la genèse des végétations, au niveau des organes génitaux de la femme enceinte, résulte de la congestion, de l'hypertrophie que détermine la grossesse sur les tissus de la zone génitale.

*Anatomie pathologique.* — Au point de vue anatomo-pathologique, ces végétations sont des papillomes bénins, c'est-à-dire qu'elles sont formées par l'hypertrophie des papilles dermiques dues elles-mêmes à l'hypertrophie de l'épiderme. Elles doivent être distinguées des syphilitides végétantes hypertrophiques; celles-ci comprennent toute l'épaisseur du derme tandis que ces végétations simples sont épidermiques.

Les végétations apparaissent à toutes les époques de la grossesse. Elles siègent au niveau des grandes et des petites lèvres, sur le périnée, le pourtour de l'anus, le pli de l'aîne. Elles peuvent s'étendre dans le vagin, remplir les culs-de-sac et monter jusqu'au museau de tanche.

Leurs formes sont des plus diverses, les unes sont sessiles, les autres pédiculisées; parfois elles sont arrondies ou dentelées sur leurs bords, ou bien elles se subdivisent en lobes et en lobules souvent groupés sur un même pédicule d'où les dénominations de choux-fleurs, de poireaux, de crêtes de coq. Tantôt elles sont disséminées par place, tantôt, au contraire, elles se réunissent comme je viens de le dire. Sur les parois vaginales et sur le col, elles sont toujours disséminées, ou, du moins, leur confluence est très rare.

Les dimensions en sont variables également; elles sont parfois constituées par de petites nodosités qui donnent aux doigts la simple sensation d'une surface chagrinée; d'autres fois, elles acquièrent le volume d'un pois, d'une noisette, d'une mandarine ou même le volume du poing. Charpentier a vu un cas où elles avaient presque le volume d'une tête d'enfant. Vinay dit qu'elles peuvent acquérir la grosseur de la tête d'un adulte. Leur aspect est alors celui de tumeurs éléphantiasiques, elles semblent obstruer toute la vulve.

Leur couleur est rosée, parfois pâle, parfois d'un rouge intense; d'autres fois elles sont brunes, livides.

*Symptômes.* — Au début, les végétations ne déterminent, par leur présence, qu'une gêne insignifiante; mais, à mesure que leur volume s'accroît, elles gênent la marche, la station assise, causent des douleurs au moindre contact et saignent quelquefois.

Elles s'accompagnent d'un suintement plus ou moins abondant. Cette sécrétion stagnante entre les masses papillomateuses se décompose et donne lieu à une odeur très désagréable, fétide même, repoussante. Elles causent de l'irritation de la peau, du prurit et de l'érythème de la zone génitale.

L'évolution en est très spéciale; le volume augmente graduellement à mesure qu'avance la grossesse. Ces végétations ne font guère obstacle à la sortie du fœtus; mais si elles sont étendues, elles modifient l'élasticité de la région, qu'elles exposent ainsi à des déchirures. Après l'accouchement, les masses cessent de proliférer, se flétrissent au contraire, tombent et même disparaissent spontanément sans laisser de traces. Pourtant, il n'est pas rare qu'elles persistent encore deux ou trois mois après l'accouchement, avec ou sans périodes d'aggravation. Même quelquefois après ce temps, on voit se produire une repullulation des végétations qui oblige à intervenir.

Un fait important, c'est que les végétations très abondantes et fétides deviennent une cause grave d'infection, capable de susciter des accidents graves et même mortels pendant les suites de couches.

*Diagnostic.* — Il ne faut pas confondre les végétations de la grossesse avec certaines manifestations syphilitiques qui en ont toutes les apparences. Dans ce dernier cas on aura certains autres symptômes, céphalée, maux de gorge, pléiade ganglion-

naire, etc. Puis il y a le traitement, pierre de touche. S'il y avait coïncidence des deux maladies, ce dernier traitement en ferait connaître la présence et la différence. C'est ainsi que Magrier, dans une de ses cliniques, nous parle d'une femme atteinte des deux maladies en même temps. Le traitement spécifique fit disparaître les plaques muqueuses vulvaires et n'eut aucune action sur les végétations simples de la grossesse.

*Traitement.* — Le traitement de ces végétations varie suivant la pratique des accoucheurs: les uns, comme Pinard, jugent inutile, voire même dangereux, tout traitement chirurgical de ces lésions, ils se contentent de faire des pansements désinfectants et des injections vaginales avec des solutions de sels mercuriques, de chloral, ou d'aniodol. D'autres ont recours à une thérapeutique plus active (grattage, excision, cautérisation, etc.)

Il est mieux de dire que la conduite à tenir dans une affection de cette sorte ne peut être univoque; elle varie avec l'étendue des végétations, leurs dimensions et les inconvénients qui en résultent.

En règle générale, puisque les végétations sont soit totalement soit pour la plus grande part, un produit de la grossesse, elles ne demandent pas de traitement énergique tant que dure celle-ci.

L'expectation peut suffire lorsque les masses proliférées sont de petites dimensions, qu'elles ne déterminent qu'un suintement insignifiant et des sensations locales à peu près nulles; on se bornera aux soins de propreté habituelle. Il est rare cependant qu'un traitement aussi effacé soit suffisant.

Dans les formes atténuées, on peut avoir recours aux lotions, lavages, injections, pansements, bains.

On emploiera les solutions de sublimé, d'eau oxygénée, d'acide phénique, de permanganate de potasse, de tannin en consistance sirupeuse. Tarnier a recommandé la solution saturée de tannin dans la glycérine. On fait chaque jour deux badigeonnages des parties atteintes et on a soin d'isoler les surfaces au moyen de coton hydrophile

Quand les végétations sont plus nombreuses et que les topiques simples restent sans effet, il faut recourir aux moyens qui détruisent les végétations. On usera des caustiques plus ou moins énergiques (acide acétique, chromique, nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, acide phénique pur).



## VÉGÉTATIONS DE LA GROSSESSE

Si les excroissances sont très étendues, très fétides, il y a intérêt à les opérer, parce qu'on sait que, en modifiant la texture de la peau qui leur sert de base d'implantation, les végétations prédisposent à la rupture du périnée et des grandes lèvres; elles constituent surtout une face suppurante qui peut être l'origine de processus infectieux pendant les suites de couches.

Les végétations sont enlevées soit au thermocautère, soit à la curette. Si on a recours au thermocautère, on fait l'opération de préférence dans les dernières semaines de la grossesse, parce que les cicatrices du thermocautère peuvent apporter un obstacle sérieux à la dilatation de la vulve au moment de l'accouchement.

La méthode de choix est le curettage au moyen de la curette tranchante. Après anesthésie générale, on râcle les végétations à la curette, en ayant soin de tendre avec soin la surface curettée, et on continue jusqu'à ce que toute trace de végétations ait entièrement disparu.

On a près de soi un thermocautère tout allumé pour tarir les hémorragies possibles. L'exérèse terminée, on place un pansement aseptique et compressif sur la vulve, ou même dans le vagin, lorsque l'action chirurgicale aura dû s'étendre jusque-là. La guérison est généralement rapide.

L'intervention a lieu dans les cas graves, aussi bien après l'accouchement en cas de persistance des tumeurs, que pendant la grossesse.

---

## REVUE GENERALE

### LE FONCTIONNEMENT DES EXPERTISES MEDICO-LEGALES EN FRANCE (1)

Par le Dr DEROME,

Professeur suppléant à la chaire de médecine légale,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Quelques uns d'entre vous m'ont prié de donner quelques explications sur l'organisation médico-légale dans les principaux pays, mais vu la difficulté de me procurer dans un court délai, les notes nécessaires à ce sujet, j'ai cru devoir me restreindre à l'organisation médico-légale en France que je connais davantage pour avoir eu le plaisir d'aller l'étudier sur place.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, nov. 1909.

Je voudrais donc vous parler brièvement ce soir de l'organisation médico-légale en France et des lacunes de la nôtre au Canada.

De tous les temps les plus reculés, Messieurs, le médecin a été appelé par la justice pour l'aider à jeter un peu de lumière sur les problèmes si complexes qui viennent aboutir devant elle.

La France qui ne cesse de donner l'exemple quand il s'agit de formation scientifique, n'a pas manqué de porter toute son attention à cette application importante de la médecine, et je puis dire que grâce au célèbre professeur Brouardel mort en 1906, qui a illustré pendant deux ans la chaire de médecine légale à l'Université de Paris.

La France, dis-je, possède actuellement une organisation médico-légale qui lui fait honneur.

La médecine légale d'après la vieille définition classique des auteurs français est l'application de nos connaissances en médecine aux cas de procédures civiles qui peuvent être éclairés par elle. Elle comprend trois branches en rapport avec des besoins différents de la loi. La première qui porte le nom de médecine légale proprement dite a pour but la recherche des faits qui ont servi à forcer l'accusation de délit ou de crime.

Une deuxième qui est la psychiatrie médico-légale a pour but d'établir la responsabilité légale des individus qui ont commis soit un crime soit un délit.

Enfin la troisième branche de la médecine légale est celle qui a rapport aux accidents du travail et il s'agit alors pour le médecin d'établir suivant la loi du 9 avril 98 (loi française) quelle est la diminution de capacité que subit l'ouvrier qui a été victime d'un accident au cours et à l'occasion de son travail.

Voilà, Messieurs, en résumé, les trois applications principales de la médecine à la loi. Nul en France ne peut porter le titre de médecin-légiste s'il n'a fait des études spéciales sur ces trois branches et s'il n'a obtenu un diplôme à cet effet. Cependant comme vous voyez, Messieurs, le sujet est très vaste et à moins de demander à un homme d'être une véritable encyclopédie, il était tout naturel que l'on songeât à diviser en pratique ce cadre trop vaste. Aussi voit-on en France de même que dans tous les pays, les expertises au point de vue psychiatrique être faites par des médecins légistes qui se sont spécialisés en médecine mentale. Ce sont en

général des médecins attachés à des asiles, tels : Ballet, Dupré, Voisin, Segias, Legrain, etc. Au Canada nous avons pour Montréal, M. le professeur Villeneuve dont la haute valeur scientifique nous est connue :

Pour ce qui est des accidents du travail, les expertises sont pour la plupart confiées aux médecins légistes, mais non d'une manière exclusive.

Quant à la médecine légale proprement dite, jamais un médecin non-légiste est appelé par la justice.

Bien plus non seulement faut-il que le médecin soit porteur du titre de médecin-légiste, mais encore faut-il qu'il soit du nombre des médecins-légistes nommés par le tribunal.

Je m'explique : Un tribunal, en France, par exemple celui de la Seine à Paris, nomme chaque année un certain nombre d'experts auxquels seront confiés les expertises durant cette période. Le magistrat qui doit présider le procès nomme parmi ces experts officiels celui qu'il veut et de même pour chaque expertise.

Ces experts sont au nombre de 7 à Paris, vous les connaissez tous, je crois, c'est le professeur Thoinot, Balthazar, son agrégé, Vibert, Descourt, Paul, Jacques et Courtois Suffit.

Il existe une morgue et un laboratoire de recherche dont le professeur Thoinot est le chef, mais auquel chaque expert officiel a accès et peut poursuivre les recherches qu'il désire.

Pour mieux vous faire comprendre la procédure suivie, prenons un exemple.

Supposons qu'un meurtre ait été commis quelque part. Le juge d'instruction, en France fait une enquête dans le but d'établir les causes de la mort. S'il y a pour lui un doute sur les causes de celle-ci, le cadavre est envoyé à la morgue pour fins d'autopsie et le juge commet alors parmi les médecins légistes officiels celui qu'il désire charger de l'expertise. Celui-ci après avoir pris connaissance du rapport de l'enquête, procède à l'autopsie et toute recherche toxicologique anatomo-pathologique, etc, qu'il croit nécessaire pour faire éclater la vérité.

Il est entendu que le médecin-légiste chargé ainsi de l'expertise peut s'adjoindre au besoin un spécialiste dans une branche quelconque de la médecine ou en dehors d'elle, par exemple un chirurgien, un électricien, un armurier, etc, ce dernier pourra savoir souvent mieux que le médecin si telle balle a pu être tirée par tel revolver.

Il remet ensuite son rapport par écrit au magistrat.

Voilà, Messieurs, dans les grandes lignes, comment s'exerce la médecine légale en France. C'est me direz-vous en somme, la même procédure qu'au Canada. Oui, en effet, il y a aussi au Canada des médecins qui pratiquent des autopsies, mais ce qui manque ce sont des médecins-légistes capables non seulement de constater les lésions macroscopiques mais encore de faire toutes les recherches analytiques nécessaires.

Il nous manque un laboratoire d'expertise médico-légale.

Ces analyses sont faites en ce moment par M. l'abbé Choquette de St-Hyacinthe, et malgré tout le respect que je professe pour ce savant abbé, je déclare qu'il est absolument impossible, vous le comprenez comme moi, qu'il puisse donner une interprétation médico-légale à l'analyse la plus élémentaire.

J'ai tenu, Messieurs, à signaler de nouveau ces lacunes de notre organisation médico-légale, afin de bien vous faire comprendre l'importance de la motion présentée le mois dernier par M. le Dr Boucher et que vous avez voté à l'unanimité. J'espère pour ma part, que pour l'honneur de la profession médicale de ce pays, et pour la protection de la société, les autorités administratives feront droit le plus tôt possible à notre juste demande.

---

## INTERETS PROFESSIONNELS

---

### " NOS HONORAIRES "

Par le Dr ANTONIO PELLETTIER (1)

Dans "*L'Union Médicale*", au mois d'octobre, afin de ne pas fatiguer votre bienveillance en allongeant trop mon article: "*Déontologie élémentaire*" je coupai court, par deux pages imprécises, sur les honoraires du médecin. Je n'ai point la présomption de vous croire satisfaits par ces quelques principes.

En effet, l'écrivain qui traite "*d'honoraires*" s'introduit dans le domaine, dans le vif, dans le cœur, de choses, de questions, absolument, essentiellement pratiques. Dès lors, il devra ponctuer ses idées, les préciser, et devenir, je dirais, mathématique, écri-

(1) Actuellement à Paris.

vons : " *d'affaires* ". Sa voix ne sera pas éteinte, étouffée, par un surplus de sentimentalisme idiot à l'aspect de ce sphynx à double faces, dont l'une — mélancoliquement — sourit au médecin en murmurant avec compassion : " *charité s.v.p.* ", dont l'autre — grave et inquiète — regarde le client revêché, soupçonneux ou mal-honnête, en lui disant : " *justice s.v.p.* "

Je ne suis pas le dernier à comprendre cette voix (celle du client) attendrissante ou suppliante, qui gémit le mot " *charité.* "

J'aime cette timide vertu comme n'importe qui.

Cependant, j'opine que l'autre voix (celle du médecin) qui dit au client : " *Sois juste pour ton médecin,* " mérite considération sans faiblesse, ni recul.

Mon article ne s'échaffaudera pas sur une fibre sentimentale. Il envisagera froidement, sans parti préconçu *nos honoraires* au seul point de vue " *gros bon sens.* " Pour détailler le sujet, nul ne jouit d'une meilleure posture ; car, par mon éloignement momentané de la pratique je n'ai plus de confrères actifs, d'où je conclus à mon entière liberté de parole, sans crainte de devenir suspect quiconque, sans penser d'être appréhendé comme le reproche cinglant, ou le remords trop vif des trop chatouilleux.

Que tous aient foi en mon impartialité !

L'idée que je viens émettre a certainement germé et mûri sous la calotte d'un bon nombre. Personne, que je sache, ne l'a rejetée au grand jour de la discussion libre. Et combien — je ne blame pas — n'osent jamais ouvrir une lèvre — même tremblante — pour en laisser sourdre la plus timide impression sur ce sujet d'une importance vitale pour nous !

En prenant le devant par cet écrit, je me livre peut-être au sourire malin de quelques uns, je m'expose à l'indifférence d'un groupe moins restreint, mais — voilà ma force — j'aurai indubitablement les approbations de la majorité des praticiens.

Aussi, je ne refuse pas l'honneur de courir à l'assaut de la réforme.

Dans mon exposé, je veux être juste, sincère, franc, sans amertume, débordant d'espérance, *même charitable.*

Est-ce que je puis prédire, moi, si le succès de ma thèse profitera aux anciens — les très vieux d'aujourd'hui ?

Ceux de mon temps *pourront et devront* retirer bénéfice, *s'ils osent vouloir* : " *oser vouloir, c'est le grand mot !* "

A coup certain, la race qui pousse récoltera les fruits savoureux de cette idée qui — je l'espère avec fierté — mérite un effort général de nous tous.

Pour demeurer d'amicale entente avec les confrères, je concède gracieusement que l'ancien tarif eut — dans le temps — beaucoup d'excellents points, puisqu'il a permis aux savants praticiens des vieux jours de vivre selon leur état social.

Plusieurs parties faibles de ce tarif ont été intelligemment, insensiblement, avantageusement, mais, aussi, imparfaitement, incomplètement, craintivement remaniées: on a rajeuni la vétusté de ces quelques membres d'franchis.

Malgré ce progrès, digne de louanges pour ceux qui l'ont provoqué et soutenu, je suis forcément conduit à conclure que le tarif actuel reste encore très, oh!, très profondément perfectible.

\* \* \*

Si vous considérez d'un coup d'œil d'ensemble notre tarif quotidiennement en usage, la première et criante anomalie qui détonne, vous arrête et vous étonne, c'est, sans contredit, son manque d'unité, ses irraisonnables irrégularités. Par ces mots, j'entends dire la multiplicité de "*taux non pareils*" pour des soins de "*même qualité*" — ou mieux: *des prix différents pour une même chose.*"

Notre tarif est machinal, versatile, variable, selon qu'il appartient à un comté plutôt qu'à un autre, à une paroisse plutôt qu'à la voisine, à tel ou tel médecin. On l'emploie un peu à l'aveuglette, à la "*collin-maillard*" — Nous tâtonnons, quoi!...

Volontiers, je condescends à une irrégularité plausible, nécessaire, inévitable, entre le tarif des grandes villes, et celui qu'on emploie dans les villes de second rang, et, enfin, celui de la campagne.

La raison de cet état de choses s'élève à l'évidence puisque les conditions de vie diffèrent considérablement chez les médecins de ces diverses circonscriptions et chez leurs clients respectifs. Mais, franchement, je n'interprète pas à son avantage cette irrégularité boiteuse qui ose encore subsister dans notre tarif bon enfant (pour les mêmes services) entre médecins d'une même ville, ceux de plusieurs cités d'à peu près égale importance, et

finalement, entre les médecins de la généralité de nos campagnes.

Je précise.

Montréal, Québec, Ottawa: voici nos trois grands centres dont la vie, très chère, a des chances—pécuniairement—d'être sensiblement la même. Alors, ne devrions-nous pas conclure: " Ces villes pourraient adopter un seul et même tarif médical, *exactement suivi* par " *tous* " les confrères de ces endroits? "

Trois-Rivières, St-Hyacinthe, Lévis, Hull, Joliette, Valleyfield, St-Jean, Iberville, Chicoutimi, Fraserville, etc. . . Voilà un noyau de villes très notables — quoiqu'à un moindre degré que les précédentes — Donc, conditions de vie à peu près identiques. Pourquoi, alors, ne pas accepter dans ces endroits, un seul et même tarif parfaitement observé?

Enfin, un seul et même tarif pour " *toutes les campagnes.* " tarif toujours suivi par *tous* les médecins. . . champêtres. . .

Evidemment, les *spécialistes* sortent du cadre avec des honoraires ostensiblement plus élevés que ceux des humbles guérisseurs que nous nous efforçons d'être. Mais, pourquoi, ces " *artistes de notre art* " ne consentiraient-ils pas à choisir un tarif pareil, guide exact — *et toujours* — et pour *chacun* d'eux?

Donc, rien de plus simpliste :

- 1° Tarif uniforme dans les grandes villes;
- 2° Un autre tarif uniforme dans les villes de moindre importance;
- 3° Autre tarif uniforme pour toutes les campagnes;
- 4° Celui des *spécialistes*, ajusté, naturellement, aux besoins de chaque spécialité.

Je vous sou mets donc quatre grandes divisions précises, définitives, de notre tarif médical pour supplanter l'état actuel, état routinier, état d'engrassement, état rachitique, état d'imperfection négligemment consenti, état regrettable qui — enfin et pardon, de Babel — se jette au chaos.

A tout bien voir sans mauvais gré, ce remaniement, assez facile d'exécution avec de la bonne volonté de notre part, s'impose presque d'urgence si l'on considère l'excessive cherté de tous les produits de première nécessité de la vie courante. Et ceci, je l'affirme d'un geste convaincu: je souhaite qu'il soit convaincant!

Quand je parle d'égalité, je ne requiers rien si ce n'est cette juste égalité minima, raisonnable, intelligente, concédée après dis-

cussion générale des intéressés, avec liberté aux médecins, sur ses propres risques, de grossir ses honoraires selon la gravité d'un cas dont lui seul reste le juge compétent, certaines difficultés de pratique, la situation sociale ou de fortune du client, égalité minima au dessous de laquelle pas un médecin n'oserait descendre sans violer sciemment et gravement l'étiquette professionnelle, se mettant par ce moyen louche au bas niveau du charlatan qui rabaisse le coût de ses services pour jouer le " tamtam à réclame " auprès d'une singulière classe de gens grossiers et mal appris dont la petite jugeotte titubante apprécie le mérite d'un médecin à la dégradation de ses honoraires " d'abord ", à ses qualités scientifiques, " ensuite " — *et très ensuite même!!!...*

Confiant en la dignité du corps médical — *en sa solidarité aussi* je me persuade rapidement que pas un médecin ne s'aventurerait dans la voie des lâcheurs, pénible voie d'exploitation de l'ignorance, de la cupidité d'un certain groupe de patients, groupe difficile à préciser, dont quelques adeptes nous étonnent parfois — d'ailleurs tous gens assoiffés de faveurs humiliantes ou d'avilissante protection, ou d'aumônes mal léchées.

De plus, pas un médecin n'affronterait cet affichage de son injustice à l'égard des confrères — injustice d'autant plus saillante que matériellement proscrite par un tarif minimum, honnête pour le client, favorable au praticien, et reconnu obligatoire par le code de déontologie.

Et chacun serait fermement soutenu dans le maintien de ce principe par sa persuasion personnelle de remplir un devoir, d'accomplir une action sensée, d'être bien compris par la majorité des clients qui, dès maintenant, concèdent que dans une foule de circonstances et d'endroits le médecin a des honoraires dérisoires qu'il ne récolte que l'ivraie après avoir semé le bon grain.

Et mon Dieu, combien ne récoltent pas même l'ivraie tant est gravée dans l'esprit du peuple cette sottise idée que le médecin est un certain personnage qui n'a pas besoin d'argent, et que l'on doit payer uniquement quand tous les autres ont été payés... et encore... on va plus loin...

Pour beaucoup de gens, vous savez, le médecin de famille n'est pas loin d'être considéré comme " la vieille Françoise, " cette servante mercenaire à qui on a permis d'élever plusieurs générations d'une même race, avec grand dévouement, pauvre fille qui, au



fond, n'est plus qu'une *obligée de ces braves cœurs* qui l'ont accueillie et tolérée si longtemps à leur foyer!

Heureusement, comme je le disais plus haut, des personnes distinguées — pas toujours les plus riches — apprécient convenablement les sacrifices qu'un médecin a dû imposer aux siens et à lui-même pour parvenir — *au milieu de sa vie* — à la pratique, but de ses aspirations, pratique, pour quelques uns, hélas, décevante et particulièrement ingrate! Oui, il y a des gens — bravo! — qui admettent l'importance et la responsabilité de nos services et concèdent qu'en justice — et pour l'honneur de la clientèle — nous devrions être plus intelligemment rémunérés.

Puisque nous çausons au coin du feu, sous clocher, ne craignons pas de mettre notre souvenance à jour; car, je vous le demande, quel médecin — *à la campagne surtout* — dans un bon moment de colloque intime, entre deux cigarettes, un soir, n'a pas entendu un ami lui dire: " Tu sais, mon vieux, pour ce prix-là, c'est toujours pas moi qui ferais çà... et çà... et telle... et tel... "

Voilà, avouons-le à bout portant, un client plus fin que son médecin.

Pauvre médecin qui, — par principe, on dirait — néglige ses intérêts, ceux de sa famille — désolation! — j'ajoute: ceux du corps médical entier; et l'on ne me pousserait pas bien rudement l'épée aux reins pour me faire écrire que ce médecin est dans l'occasion prochaine — *au moins* — de négliger aussi largement sa clientèle.

Vous savez, la belle vertu d'abnégation, j'y crois, mais pas avec naïveté. Et dans notre siècle, il y a beaucoup plus d'insouciance que d'abnégation sincère comme, par ailleurs, on découvre beaucoup plus de bigots que de véritables saints, lesquels sont d'autant plus regrettés que les autres — insoucians ou bigots — sont regrettables et malencontreux!

Notre suprême malheur, après tout, dans cette si claire question du tarif c'est que les médecins ne daignent pas *tous*, d'une unanime voix, dire: "*oui*" ou tous dire "*non*" en présence des plus graves questions d'intérêt général.

De plus, le médecin ne s'efforce pas, on ne sait pas s'efforcer, d'évangéliser son peuple et de lui faire admettre, de bon cœur, une foule de choses bien simples et bien naturelles qu'il envisage avec terreur, ou comme fantastiques ou inadmissibles.

Faisons et redressons l'éducation faussée de la masse à ce sujet. Si vous m'avez concédé ce qui précède, je vous demanderai maintenant où nous découvrirons les causes de ce mal.

Dans l'indifférence, je dirais mieux en écrivant dans l'insouciance de quelques-uns. Loin de moi la pensée de lancer des reproches à certains confrères... ne précisons rien... mais je leur crie, avec leur famille: "Au moins, songez à vos honoraires. Ainsi, il n'y aura que vous à plaindre!"

D'autres praticiens — le petit nombre par bonheur — pour accaparer un gros mouvement de clientèle, exercent à bas prix: est-ce vanité!...

Maintenant, voici les grands ennemis du tarif normal: si bons, ces confrères, que tout le monde les trouve trop bons! Eux-mêmes, parfois, se reprenent avec des faux airs de vieux lions qui embroussaillent leur crinière en branlant superbement la tête, et se disant, de temps en temps: "Il faut que ça change!" Et v'lan, c'est fini. C'est ici le médecin qui a trop d'amis dans son canton, là celui qui cueille sa clientèle dans la parenté, ailleurs c'est un bon vieux médecin qui a mis au monde la moitié de son village. Il se croit presque membre de toutes les familles sous sa juridiction.

J'en ai connu un — croyez-moi — que les enfants de sa paroisse appelaient sans cérémonie: "Pépère." — c'est attendrissant!... — Ce désolant homme, après 40 ans de pratique très active est mort en abandonnant sa famille dans le besoin: voilà de la charité à l'eau de roses et du bon sens à rebrousse-poil!

Et j'ajoute, car ce récit comporte une grande leçon: "La succession (sic) de ce pauvre disparu, a reçu, à maintes reprises, des comptes réclamés, de gens que le vieux médecin sans prévoyance avait soignés de père en fils — gratuitement!

Si le blâme était permis, je le lâcherais sans remords.

Un autre demandait invariablement \$1.50, même pour les plus longues maladies!

Et vous pensez que tout le monde accable sa mémoire de récits élogieux?

Allons! jusques-à-quand (ô Catilina!) serons-nous gogos!... D'autres médecins dissertent sérieusement de la façon suivante: Le nombre des confrères augmente; or la clientèle s'engouffre au cabinet du "pas cher"; donc, faisons du rabais."

Voici ma manière de voir là-dessus.

Puisque le nombre des praticiens augmente, le tarif doit s'accroître proportionnellement; sinon, à cause de la pléthore visiblement croissante, être médecin — en un jour pas très éloigné — sera synonyme de crève-faim.

Voici d'autres paroles :

“ Le territoire où j'exerce ma profession a été bêtement gâté. Je subis le contre-coup néfaste des errements de mes prédécesseurs.”

Je réponds :

“ Je vous plains. Mais comme mes doléances, si cordiales soient elles, ne valent pas un sou pour votre diner, j'ajoute: Renouvelez le tarif de votre arrondissement, sans l'élever outre mesure, et suivez-le énergiquement, sans rudesse. Les gens intelligents seront avec vous; le terrain sera gagné, surtout si vos confrères du voisinage vous donnent franchement la main.”

D'ailleurs, ce besoin de remaniement est général et manifeste. Pour ne pas être trop filandreur, je ne reverrai, ce jour, que quelques articles du tarif de la campagne.

En France, à la campagne, on demande 50 francs (\$10.00) pour un accouchement.

Je ne connais pas un médecin qui charge régulièrement ce prix dans nos paroisses canadiennes — et je n'y tiens pas! — Mais dans quel canton l'accoucheur touche-t-il \$5.00 pour un accouchement normal: ce qui me semble un minimum?

Si vous m'en citez, je vous en indiquerai — en contre-preuve — où l'on accouche pour \$3.00, \$2.50, \$2.00 — un confrère, actuellement à Paris, ajoute: \$1.50.

? ! ? ! ? ! . . . . .

Pour du rabais, en voilà du rabais — et de l'épatant!

Continuons (toujours tarif de plusieurs campagnes):

Ablation des deux amygdales: \$1.50

Pourquoi pas \$5.00 à \$10.00?

Amputation d'un doigt: \$1.00

Pourquoi pas \$5.00?

Injection de sérum antidiphthérique (visite comprise) \$2.00

Pourquoi pas \$5.00?

Opération du phimosis: \$1.50

Pourquoi pas \$10.00?

Extraction de deux dents: \$0.25

Pourquoi pas \$0.50 chacune, avec anesthésie facultative sans surcharge?

Certificat d'assurance en maladie: \$0.00

Pourquoi pas au moins \$0.50?

Visite chez un malade: \$0.25

Pourquoi pas \$1.00 pour la première visite, et \$0.50 au moins pour les suivantes, le jour?

Est-ce que toute sortie de nuit ne vaut pas au moins \$2.00?

Consultation avec un autre médecin: \$2.00

Pourquoi pas \$5.00?

Consultation au bureau: \$0.00

Pourquoi pas \$0.50 à \$1.00?

Auscultation ou autre examen: \$0.00

Pourquoi pas \$1.00 à 3.00?

Chloroformisation: \$0.50 à \$1.00

Pourquoi pas \$2.00 à \$5.00?

Certains médecins vendent des médicaments pour 5 sous, pour 10 sous, pour 15 sous: comme l'épicier du coin.

- Etc... etc... etc... mon Dieu, Seigneur!...

Avec le système des consultations gratuites, on s'oblige à la ridicule petite cérémonie suivante très en usage:

Tout patient qui entre à votre bureau doit en sortir avec sa foie qui contient... vos honoraires.

Au fond, c'est juste puisqu'il ne paie pas la consultation d'office. Faut bien vivre, quoi, *même quand on est médecin!*... et même en se faisant rénumérer comme par... *pourboire!*...

Et le pauvre client — ignore — ingurgite le truc pour payer les conseils...

Je paie: donc, je bois!

Voyez-vous bien le tableau?

Je considère que ce procédé indéniable est une injure au client intelligent qui, ce me semble, préférerait, pour le même prix, ou à peu près, payer la consultation *seule* et ne pas se passer dans la dalle... (en surplus)... une de nos mixtures plus ou moins... Shakespearienne.

Pauvre médecin! Pauvre client! Martyrs inconscients et résignés d'une vieille coutume écervelée, tyrannique!

\* \* \*

Assez pour aujourd'hui ; car, je ne voudrais pas surcharger le dossier. Concluons donc qu'une sérieuse amélioration s'impose d'urgence. Et nous y parviendrons seulement lorsque nous aurons des associations médicales dans tous les comtés.

Où déjà de telles associations existent, la situation du médecin s'est notablement améliorée vis-à-vis des confrères et des patients.

A l'œuvre donc ! En avant ! Si les plus anciens ne veulent pas déployer le drapeau, que les jeunes se lèvent, qu'ils organisent ! Il ne faut parfois qu'un peu de bruit pour ouvrir les yeux aux plus endormis.

Nous avons besoin d'un tarif plus juste, plus rationnel, qui prendra l'initiative d'ouvrir une consultation générale de tous les médecins afin que chacun suggère ce qu'il pense le mieux s'adopter à son circuit.

D'où résulterait une moyenne, sujette à une nouvelle consultation des intéressés, jusqu'à satisfaction complète de la majorité des membres du corps médical.

Je ne suis pas qualifié pour faire un programme dans ce sens ; mais il me semble qu'en certain milieu l'on pourrait se mettre en marche, en travail.

Pour ma part, je pense avoir soumis une idée qui mérite une réelle attention de ceux qui peuvent, à cause de leur haute position dans le corps médical, s'occuper efficacement du problème facile à résoudre.

Pour finir, je dirai que je ne demande pas l'écrasement du pauvre par des honoraires trop lourds. Non, non, pour le pauvre je demande et je veux la consolante et sublime charité chrétienne. Mais ce que je refuse de toutes mes énergies, c'est de faire l'aumône à ceux qui n'en ont pas besoin. Pour que nous puissions avoir le bonheur d'être vraiment charitables avec les indigents, il faut — et cela se conçoit de source — que les gens aisés nous rémunèrent pour nos services, honnêtement et rondement !

Donc et toujours, je veux demeurer l'ami du pauvre, du miséreux, du malchanceux, du digne de pitié, je veux la charité ; mais je m'élèverai sans cesse pour combattre au premier rang, avec virulence, cette fausse charité — dont la source est dans le malhon-

nêteté, dans le mensonge, dans l'hypocrisie de ceux qui la provoquent — charité mal acquise qui étouffe la vraie charité et tue la justice!

---

**UN JOURNAL OFFICIEL DE LA CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION**

*Note de la rédaction.* Nous accusons réception de la lettre circulaire suivante.

Quant à notre approbation, elle est acquise à ces messieurs, mais nous croyons devoir porter notre attention sur nos journaux locaux d'abord, car nous devons les rendre dignes des idées que nous représentons et qui diffèrent un peu de celles qui peuvent trouver place dans un journal qui ne représente que des intérêts généraux.

A la Profession Médicale du Canada.

Mémoire du Comité des Finances de l'Association  
Médicale Canadienne

Toronto, 1er octobre 1909.

Mon cher Collègue,

Nous avons trouvé à propos d'attirer l'attention de la profession par tout le Canada sur la proposition d'établir un Journal Médical qui serait l'organe officiel de l'Association, et à cette intention nous soumettons à votre sérieuse considération les faits qui suivent.

A la réunion tenue à Montréal en 1907, l'Ass. Med. Can. adopta définitivement une constitution avec règlements, et l'on décida qu'il convenait que notre Association, à l'instar de la British Med. Ass. et de l'American Med. Ass. et d'autres associations identiques possédât un journal qui serait en quelque sorte le porte parole de la profession par toute la Puissance.

D'après la constitution, c'est au Comité des Finances qu'incombe la responsabilité entière de fonder et conduire le Journal.

Bien des difficultés se présentèrent lorsque votre Comité se mit à étudier la question. Ainsi tandis que chez nos voisins américains il existe 80,000 praticiens dans les rangs desquels l'asso-

ciation peut recruter ses membres, et qu'en Angleterre, The British Med. Ass. publie son journal hebdomadaire à 20,000, à 22,00 exemplaires, nous avons par contre au Canada à peine 6,000 praticiens. Encore ceux-ci sont-ils disséminés sur une étendue de territoire telle que leur assistance aux réunions annuelles ne pourra jamais être régulière.

D'après ses pouvoirs, le Comité des Finances fit passer un acte d'incorporation par le Parlement fédéral conférant à l'association entr'autres pouvoirs celui de publier un journal.

Voici le plan adopté et proposé par le Comité des Finances.

A. Augmenter à \$5.00 la souscription annuelle à l'association.

B. Que les membres soient acceptés en permanence et que comme tels leurs honoraires de membres soient dus régulièrement chaque année, qu'ils assistent ou non aux réunions de l'association.

En retour de cette contribution annuelle, donner à chaque membre :

1° Un journal mensuel.

2° Un certificat de membre de l'Ass. Med. Canadienne.

3 Un certificat de membre de l'Ass. Med. Provinciale, spéciale à son lieu de résidence.

En vue du mouvement lancé par les 4 provinces de l'Ouest pour l'établissement d'un Bureau Commun pour la licence et en vue de la majorité évidente en faveur du Bill Roddick à la réunion de l'association à Winnipeg l'été dernier, le temps semble venu du consentement général de la profession que l'Association ait un journal officiel.

La profession canadienne ne partage pas moins que le reste de la population le désir de travailler à stimuler le sentiment national dans cette partie de l'empire, et l'Ass. Méd. Can. en fondant son journal veillera à éviter toute ingérence dans les affaires des autres journaux ayant déjà à leur crédit des services sérieux.

Le Comité des Finances désire vivement que les confrères canadiens de langue française réalisent et sentent vraiment que l'Ass. Méd. Can. tout comme son Journal existent dans leur intérêt tout également et à cet effet il est proposé qu'il y ait dans la plupart sinon dans chacune des éditions du Journal un ou plusieurs articles en français. Jusqu'à quel point nous continuerons et développerons ce côté particulier du journal dépendra naturellement du degré d'encouragement et de support que le journal recevra de la part des collègues canadiens de langue française.

La cotisation annuelle est de \$5 pour l'année fiscale, de janvier à janvier. D'ici à janvier 1910 votre Comité espère avoir publié et adressé un ou deux numéros de son journal à tous les praticiens du pays, et suivant l'usage adopté par la British Med. Ass., il fera traite sur vous peu après. Dans le cas où vous n'honoreriez pas la traite, nous en concluons que vous ne désirez pas faire partie de l'association ni recevoir le Journal. Nous avons adopté ce système très simple et pratique afin de vous éviter l'ennuï d'avoir à correspondre.

Pour le Comité des Finances,  
Le Président,

J. I. FORTERINGHAM.

---

## SOCIETES

---

### SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

---

#### Rapport du Secrétaire pour l'année 1909

M. le Président,

Messieurs,

La Société Médicale de Montréal a tenu, durant l'année 1909, seize séances plénières, avec une assistance moyenne de 22 membres.

Vingt-neuf présentations et communications de toutes sortes ont été faites par les sociétaires dont les noms suivent :

*M. Eug. St-Jacques :*

- 1° Corps étranger de l'urètre. (Pièces)
- 2° Pathologie rénale. (Projection)

*M. E. P. Benoit :*

- 1° Myxœdème infantile. (Malade)
- 2° Le procès de l'aphasie.
- 3° Goître exophtalmique.

*M. F. de Martigny :*

- 1° Le traitement ambulatoire de l'orchite.
- 2° Fibrôme utérin suppuré. (Pièce)



*M. D. A. Hingston:*

1° Fibrôme utérin infiltré de sang.

2° Perforation typhique.

Pièces

*M. A. LeSage:*

Pancréatite et angio-cholécystite.

*M. A. Marien:*

Tumeur récidivante du naso-pharynx. (Malade)

*M. Eug. Latreille:*

1° Syphilis du testicule. (Pièce)

2° Manifestations cliniques des altérations du corps typhoïde.

*M. N. Fournier:*

1° Quatre cas de fracture du crâne. (Malade)

2° Chancres durs à localisations extra-génitales. (Malade)

*M. W. J. Dérome:*

Kyste du cordon.

*M. A. Brisset:*

Un monstre exencephalien. (Pièce)

*M. T. Parizeau:*

Ostéite chronique du pied. (Pièce)

*M. Bourgoïn:*

Relachement ligamenteux des articulations de nature rachitique.

*M. Valin:*

Le régime des dyspeptiques.

*M. Beaudry (de St-Hyacinthe):*

Myxœdème infantile.

*M. Dion:*

Notes sur les rapports entre l'alcoolisme et la folie.

*M. Rhéaume:*

Forme rare de péritonite tuberculeuse localisée.

*M. Nutter:*

Le progrès dans la chirurgie orthopédique.

*MM. Asselin et Lebel:*

Les réflexes (Expériences physiologiques).

*M. Bourgoïn:*

Observations cliniques de paralysie infantile.

*M. W. Dérome:*

L'organisation médico-légale en France.

*M. Handfield:*

Quelques cas de "névroses" traités par la suggestion.

Le recrutement des membres s'est opéré cette année, avec autant d'activité que les années passées et quatorze nouveaux confrères sont venus grossir nos rangs: Ce sont: MM. Joseph Schmidt, O. Mazuret, J. A. Nutter, J. E. Lanoie, J. E. Lesage, V. Cléroux, Art. Robichon, A. Millier, Gustave Archambault, P. Delvecchio, J. E. Miller, A. Benoit, A. Lebel, G. Goodall.

Par contre nous avons le regret de vous annoncer que MM. J. A. Bourdon, A. H. Deslages, de Grandpré, W. A. Dorion et J. E. Gagné ont manifesté leur intention de ne plus faire partie de notre association et ont demandé que leur nom soit retranché de nos listes.

Malgré cette perte, le nombre officiel des sociétaires est de 141 contre 136 en décembre 1908.

\* \* \*

La Société a nommé en 1909 une commission pour étudier les moyens de doter Montréal d'une distribution d'eau potable; constituent cette commission MM. Guérin, Benoit, Valin, Bernier et Latreille.

De plus elle a continué en fonction une commission nommée en 1908, pour étudier le projet de loi refondant l'acte médical, en rapport avec les règlements qui pourront être faits.

MM. LeSage, Dérome, Marien, St-Jacques et Cléroux sont chargés de ce rapport.

Nous ignorons jusqu'à ce soir le travail accompli par ces commissions (1) et nous ne supposons pas qu'il ait été beaucoup plus considérable que celui de presque toutes les commissions, nommées antérieurement par la société; la plupart ne sont mentionnées, aux minutes de nos séances, qu'en deux occasions solennelles: le jour de leur création et celui de leur exécution par décret présidentiel.

(1) Le Dr LeSage a fait un rapport succinct du travail accompli par la commission de l'eau. Nous aurons avant longtemps, un système de filtration à Montréal, et ce résultat sera dû au travail conjoint fait par cette commission.

\* \* \*

La considération dont jouit la Société dans les milieux scientifiques et publics s'est manifestée en plusieurs circonstances :

La " Société Médico-chirurgicale " a demandé son aide dans la recherche d'une source d'eau potable pour la ville de Montréal.

Le bureau d'hygiène de la ville a fait appel à ses hygiénistes et à ses moralistes pour suggérer des moyens d'enrayer les ravages causés par la prostitution ;

En juin, elle a été invitée à se faire représenter aux fêtes mémorables, organisées pour célébrer le 75<sup>e</sup> anniversaire de fondation, de la Société St-Jean Baptiste.

Tout dernièrement encore, elle associait son influence auprès du gouvernement de Québec, à celle de l'association du barreau et d'autres corps publics pour amener nos autorités provinciales à nommer des experts pour les tribunaux, experts compétents et susceptibles de donner à la fois, à la société, toutes les chances possibles d'établir les responsabilités et aux inculpés, les moyens de faire éclater leur innocence.

Notre demande a reçu le meilleur accueil et nous avons de l'honorable premier ministre la promesse d'une sérieuse considération de ce projet.

\* \* \*

Enfin, l'article 32 des règlements a été modifié et les élections du bureau, dans l'avenir, se feront d'une façon plus imposante et plus régulière. La motion Décarie, adoptée le 2 mars 1909, pourvoit à la mise en nomination des candidats quinze jours à l'avance, sous forme de motion écrite, présentée par deux membres qui garantissent en même temps l'acceptation du candidat.

\* \* \*

Messieurs vous venez d'entendre la nomenclature complète des travaux de notre Société et des faits principaux auxquels elle a été mêlée durant le dernier exercice ; elle a pu vous paraître assez longue pour être satisfaisante.

Une appréciation impartiale et la comparaison avec le bilan de 1908 nous amènent à une constatation moins consolante.

Vingt-huit travaux ont été inscrits cette année contre 43 l'an

dernier et nous devons avouer que la collection en est devenue, de jour en jour, plus onéreuse.

Non pas que nos sollicitations aient été mal accueillies ; on nous a toujours reçu avec courtoisie, nous dirions même avec libéralité ; on a toujours promis ; on a pris des engagements ; on a fixé des dates ; on a même enregistré des communications, mais bien souvent on a tout oublié et n'eussions-nous eu toujours, à notre disposition, la généreuse phalange de quelques dévoués et sincères sociétaires plus d'une fois la "carte de convocation" vous serait parvenue blanche et immaculée comme la salle de nos réunions qui pleurerait vos absences !

L'an dernier nous insistions sur la nécessité d'avoir des programmes bien remplis et intéressants pour assurer des auditions nombreux. Nous avons dirigé nos efforts dans ce sens : nous nous sommes appliqués à varier l'espèce et la nature des sujets enregistrés le même jour, et cependant nous n'avons pas atteint notre but.

Au contraire, l'assistance moyenne est encore inférieure à celle du dernier exercice où elle avait atteint.

Nous concluons de ces faits que la désertion de nos salles dépend moins du manque d'intérêt de nos séances que de l'indifférence qu'un trop grand nombre de membres témoignent à l'égard de la Société.

En effet, messieurs, avec l'assistance moyenne de 22, répartie également entre les 141 membres de la Société, chacun ne serait tenu d'assister qu'à deux séances durant l'année.

Mais, comme les noms, que nous voyons inscrits aux minutes, sont toujours les mêmes, il résulte qu'en dehors des 30 ou 40 habitués, 100 de nos membres (c.à.d. les 5/7) n'assistent jamais aux séances.

Un tel enthousiasme explique bien celui que l'on peut rencontrer chez les conférenciers. Nous ne saurions tenir rigueur à ces derniers s'ils refusent de consacrer plusieurs heures à une rédaction qu'ils pourront avoir l'humiliation de lire devant des banquettes vides.

Si donc nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance à ceux dont nous venons d'inscrire les noms au livre d'or de la Société, c'est vers nos "sociétaires-inconnus" que nous tournons nos espérances ! Puissent ces Messieurs se rappeler, de temps en

temps, que, si les soirées des 1er et 3e mardis de chaque mois peuvent être utiles à quelques uns d'entre eux, toutes seront sûrement agréables à tous! Qu'ils comprennent bien tout l'encouragement que leur assiduité apporterait aux efforts que s'imposent les officiers et les conférenciers!

\* \* \*

Messieurs, ce rapport est le dernier de notre secrétariat; nous allons passer la plume à des moins plus habiles.

Laissez-nous vous adresser nos plus sincères remerciements pour l'honneur auquel vous nous aviez témoignée et renouvelée trois années de suite.

Nous n'avons pas fait grand chose, mais nous avons fait notre possible et nous avons la présomption de penser, qu'en dépit de nos petites sévérités de tout à l'heure, nous pourrions garder les uns des autres le meilleur souvenir.

Nous souhaitons à notre successeur les contentements que nous avons éprouvés en plus d'une occasion; nous sommes assurés que son activité et son dévouement lui permettront de passer à travers les circonstances difficiles. En tout cas nous sommes heureux de lui rendre le témoignage public de notre reconnaissance pour sa généreuse collaboration de l'année.

Que nos collègues de bureau veuillent bien accepter l'expression de notre gratitude pour leur aide généreuse et nous remercions tout spécialement M. le président Parizeau de ses bons offices, de la courtoisie avec laquelle il nous a toujours traité et des bons conseils qu'il ne nous a jamais ménagés.

Nous souhaitons au nouveau bureau tous les succès qui lui sont assurés et à la "Société Médicale" les progrès qu'elle mérite et que nous allons tous nous efforcer de lui faire réaliser.

B. G. BOURGEOIS.

---

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

*Séance du mardi, 16 novembre 1909*

Présidence de M. LESAGE

Le président et le vice-président étant absents, M. le docteur Albert Lesage est appelé à occuper le fauteuil.

M. Latreille présente la coupe macroscopique d'un testicule en-

levé pour une tumeur dure, arrondie, du volume d'une noisette. Cette tumeur offre des limites bien tranchées et présente un intérieur d'aspect jaunâtre, plutôt mou.

L'examen histologique fait croire à la nature syphilitique de la lésion.

*Election du bureau pour 1910*

En l'absence de M. Lasnier, l'autre conférencier du jour, l'on procède à la mise en nomination des candidats aux différentes charges du bureau pour l'année 1910 et tous sont élus par acclamation :

Président : M. Eugène St-Jacques,  
 Vice-président : M. E. P. Benoit,  
 Secrétaire : M. Lud. Verner,  
 Secrétaire-adjoint : M. Wilfrid Dérome,  
 Trésorier : M. J. C. Bourgoïn (réélu).

On procède ensuite à l'élection de M. le docteur A. Benoit comme membre titulaire et la séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire,  
 B. G. BOURGEOIS.

---

*Séance du mardi, 7 décembre 1909*

Présidence de M. PARIZEAU

Le secrétaire communique à l'assemblée, une lettre de M. le docteur Normand, président du bureau provincial de médecine, exposant un désir du président de la "Canadian Medical Association" de fonder un comité français de cette association et se reposant sur M. Normand pour la formation de ce comité. Ce dernier demande à la Société Médicale de nommer trois membres pour y représenter le district de Montréal.

MM. St-Jacques, E. P. Benoit et B. Bourgeois sont délégués à cette fin.

*Pièces anatomiques :*

M. Hingston présente deux pièces intéressantes :

1° Un fibrôme enlevé à l'autopsie d'une femme morte deux jours après son entrée à l'hôpital, avec des symptômes d'obstruction intestinale.

La malade portait cette tumeur depuis plusieurs années déjà sans en être incommodée lorsque, huit jours avant son hospitalisation, elle fut subitement prise de phénomènes abdominaux très intenses : douleurs, vomissements, péritonisme ; le fibrôme venait de se tordre sur son pédicule et cette torsion, en comprimant les veines, détermina un état apoplectique de la tumeur, se traduisant par une infiltration totale et intense de sang épanché.

Une pièce d'intestin ayant présenté, à neuf pouces du cœcum, une perforation d'un demi pouce de diamètre, survenue 54 jours après le début d'une fièvre typhoïde et 4 jours après disparition de la température.

M. Hingston opéra au bout de quelques heures ; la réparation, à deux plans, se fit facilement mais la péritonite avait déjà envahi toute la séreuse abdominale.

Le malade mourut au 4<sup>e</sup> jour d'asthénie mais l'autopsie a révélé qu'à ce moment la péritonite était presque disparue et la perforation cicatrisée.

M. Hingston fait ensuite l'histoire de la perforation typhique ; il étudie successivement sa fréquence, son siège, la valeur du traitement chirurgical.

MM. St-Jacques, Hackett, Décarie et Marien prennent part à la discussion qui suit et tous concluent dans le même sens : la perforation typhique relève d'une intervention précoce.

M. Dérome (Wilfrid) lit ensuite une très intéressante étude sur l'organisation médico-légale en France. Il établit une comparaison entre ce qui existe là-bas et ce que nous avons ici et termine en souhaitant des améliorations considérables dans l'enseignement et l'exercice de cette branche importante de notre art, au pays.

Le secrétaire,

B. G. BOURGEOIS.

## ANALYSES

### MEDECINE

**Étiologie de la fièvre typhoïde. Les porteurs de germes, dans journal de Méd. et Chir. pratique.** Paris, nov. 09.

*Fréquence des "porteurs de germes".* — Schneider, se basant sur les travaux de tous les instituts bactériologiques organisés par

Koch pour la lutte systématique contre la fièvre typhoïde en Allemagne, estime que 3 p. 100 de tous les typhoïdiques deviennent ultérieurement porteurs de germes.

Kayser, qui a revu et suivi plus de 100 malades examinés au moment de leur dothiéntérie à l'Institut d'hygiène de Strasbourg, porterait même cette proportion à 5 p. 100. Quant à Park, un Américain, il l'évaluait en 1908 à 6 p. 100.

*Dangers des " porteurs de germes ".* — Ces porteurs de germes sont d'autant moins des quantités négligeables que :

1° Ils sont dangereux non seulement pour leur *entourage immédiat*, mais encore à *distance*, surtout s'ils sont occupés dans des restaurants, des laiteries, etc.

2° Ils peuvent rester dangereux *pendant des temps très longs*, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante, empruntée à Lumsten et Woodward (de Chicago), au sujet d'une porteuse de bacilles, qui détermina une épidémie de fièvre typhoïde : " A Washington, ces auteurs observèrent, au cours de 1908, 54 cas de dothiéntérie chez des personnes qui, toutes, buaient du lait provenant d'une laiterie de la banlieue ; or, des recherches montrèrent qu'une femme, employée dans cet établissement, avait eu la fièvre typhoïde *dix-huit ans* auparavant, et qu'elle était porteuse de bacilles."

Le délai le plus long observé jusqu'à présent avait été de *quarante-deux ans*, mais voici que Gregg (de Boston) nous relate l'histoire d'un porteur de bacilles, *cinquante-deux ans* après sa guérison d'une fièvre typhoïde. " Une femme qui, en ces dernières années, tenait une petite pension dans une bourgade de la campagne, avait eu la fièvre typhoïde en 1856, et s'en était bien guérie. Depuis lors, elle était restée en bonne santé, mais cependant elle présentait à certains moments de la diarrhée et des maux de tête. En 1905, subitement, deux de ses pensionnaires faisaient de la fièvre typhoïde ; c'étaient les deux seuls cas de la bourgade. Quelques mois plus tard, deux autres pensionnaires tombaient également malades de la fièvre typhoïde ; puis un cinquième présentait de la dothiéntérie. Les recherches les plus minutieuses n'avaient pas permis de découvrir l'origine de cette petite épidémie, et l'on ne savait à quelle hypothèse se rallier pour l'expliquer, quand on eut l'idée de faire l'examen bactériologique des selles de la maîtresse de pension, qui s'occupait elle-même de la cuisine pour son établissement ; on y décela un grand nombre de bacilles typhiques. On put donc admettre, dit Gregg, qu'elle portait ces bacilles en elle depuis sa maladie, et qu'elle avait ainsi contaminé ses pensionnaires."

*Dans quelle proportion les " porteurs de germes " causent-ils la*



*fièvre typhoïde?* Schneider, commissaire impérial allemand de la lutte systématique contre la fièvre typhoïde, estime, d'après les documents de ses laboratoires de prophylaxie, que sur 100 cas de dothiéntérie dont l'origine avait pu être établie avec certitude, 5 étaient dus au contact avec des porteurs de germes. Forster (de Strasbourg) porterait même ce chiffre à 20 ou 27 p. 100; mais cette dernière proportion nous semble un peu exagérée, attendu que, d'après Koch lui-même, les cas hydriques seraient de 77,4 p. 100, et les *cas non hydriques* de 21,7 p. 100 (soit 17 p. 100 pour le lait et 4,3 p. 100 pour le contact).

Le danger des "porteurs de bacilles" est donc réel: il ne faut pas qu'il échappe au prophylacticien recherchant l'étiologie du premier cas; mais, s'il revendique pour lui 5 p. 100 des cas de fièvre typhoïde, il ne doit cependant pas être exagéré, en ce sens que, pour se manifester, il exige le terrain propice, ou mieux l'état de réceptivité des individus exposés.

C'est ainsi que Minelli, dans une prison renfermant 250 détenus, a pu trouver, sans qu'il y ait de cas de fièvre typhoïde, un porteur de bacilles dont le sang agglutinait son propre bacille à 1 p. 10.000; et que, d'autre part, sans fièvre typhoïde également, W. Hamm a décelé le bacille d'Eberth dans le sang de 8 sujets sur 136 individus d'une maison de correction. 4 d'entre eux agglutinaient à 1/50, un autre à 1/100 et 3 à 1/200. A noter que, sur ces 8 sujets, 4 avaient eu la fièvre typhoïde de huit à douze ans auparavant, et que, chez les autres, il était impossible d'affirmer avec certitude une fièvre typhoïde antérieure.

**La morbidité et la longévité chez les débitants de boisson, dans journal *Méd. et Chir. prat.* nov. 09.**

Déjà en 1880, une enquête faite en Angleterre par M. Nelson, montrait que de 25 à 65 ans, tandis que les cabaretiers mouraient dans une proportion de 24 décès pour 1000 vivants, la moyenne générale pour le même âge était de 15 p. 100.

Plus récemment, Latham a fait voir que:

Sur 100,000 habitants masculins meurent, toutes causes réunies:

	Débitants	Autres boutiquiers.
De 25 à 35 ans .....	1505.9	688 0
De 35 à 45 ans.....	2451.6	1114.0
De 45 à 55 ans.....	3524.2	1829.2
De 55 à 65 ans.....	5268.4	3291.2

Si, d'autre part, on considère que d'après le même travail il

y a une moyenne annuelle de 1000 décès dans la série mâle pour une population de 61215 individus de vingt-cinq à soixante-cinq ans, on constate que meurent :

Membres du clergé.....	533
Jardiniers.....	553
Fermiers.....	563
Brasseurs.....	1.427
Aubergistes, marchands de vin et spiritueux.....	1.742
Servants d'auberges et cabarets.....	1.716
Débitants et servants (Londres).....	1.838
Aubergistes et servants (districts industriels).....	1.948
Garçons de café (Londres).....	1.971
Garçons de café (districts industriels).....	2 030

L'enquête faite en France par M. Roubinovitch est tout à fait personnelle et faite directement auprès de nombreux confrères. Elle permet de conclure une fois de plus que la profession de débitant est particulièrement insalubre ; on peut ajouter, dit notre confrère, que c'est bien à l'alcool qu'elle doit ce triste privilège, car il y a unanimité parmi nos correspondants à insister sur ce que toujours, dans les cas observés ils ont pu noter l'influence directe ou indirecte de l'alcool. Et fatalement les marchands de vin deviennent la proie de l'alcool, ainsi que vient le confirmer l'observation suivante due à M. Grandmaison.

Du 1er février au 1er août 1896, tous les malades venus à la consultation de l'hôpital Laënnec ont été examinés au point de vue de l'alcoolisme possible. Sur 441 consultants hommes, il y a eu 23 marchands de vin, garçons de débit, restaurateurs, garçons d'office : tous ces individus présentaient des signes indéniables d'alcoolisme.

Sur 530 femmes, il y eut 3 marchandes de vin, toutes 3 alcooliques ; 5 filles de brasserie, dont 4 alcooliques, la non alcoolique, âgée de vingt-trois seulement, était atteinte de péritonite tuberculeuse.

C'est donc bien par l'alcoolisme, qu'elle engendre presque infailliblement, que la profession de débitant est des plus insalubres. Il y a là un véritable danger social, si l'on considère qu'avec la facilité qu'a un chacun de se mettre du jour au lendemain à débiter le poison, le nombre des professionnels de cette corporation augmente de jour en jour en des proportions effrayantes.

#### PEDIATRIE

**Incontinence d'urine guérie par l'acidification des urines**, dans journal *Med. et Chir.* nov. 09.

M. le Dr Jeanbrau a présenté à la Société des Sciences médicales de Montpellier trois cas d'incontinence nocturne d'urine gué-

ris par l'acidification des urines. Dans ces cas il avait constaté que les urines étaient neutres ou alcalines, il ordonna l'acide phosphorique et l'incontinence a disparu immédiatement. Ce traitement est connu, mais il n'est pas assez souvent mis en œuvre. Voici le résumé d'un de ces cas.

Garçon de 11 ans, incontinence d'urine nocturne depuis son enfance. En 1908, on a constaté un méat étroit qui fut ouvert. Aucun résultat. Dans la suite, circoncision. L'incontinence persiste. M. Jeanbrau fait 8 ou 10 injections épidurales de Cathelin : l'enfant cesse d'uriner durant les deux nuits qui suivent l'injection, mais recommence ensuite. On examine ses urines au point de vue de leur réaction, soupçonnant qu'elles sont alcalines. En effet, elles sont troubles et bleuissent le tournesol. M. Jeanbrau prescrit une potion à l'acide phosphorique et au phosphate acide de soude. *Le lendemain*, l'enfant cesse d'uriner au lit. La guérison se maintient pendant les 15 jours suivants. A ce moment, il fait cesser l'acide phosphorique. Deux jours après, miction nocturne, il ordonne à nouveau la potion 10 jours sur 15 et la guérison se maintient. Il y a un an et demi de cela, le petit malade n'urine plus au lit. On ne lui donne de l'acide phosphorique que 5 jours par mois.

Les deux autres observations sont calquées sur la précédente, sauf qu'il s'agissait de fillettes chez qui un traitement électrique n'avait rien donné. On constata des urines troubles par réaction neutre et on prescrivit l'acide phosphorique. Guérison immédiate et persistante.

M. Jeanbrau formule ainsi les principales indications du traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant : 1° Examinez la réaction de l'urine ; si elle est neutre ou alcaline, acidifiez-la ; 2° examinez le rhino-pharynx ; s'il y a des végétations, faites-les enlever ; 3° examinez le prépuce et le méat et faites, s'il y a lieu, la circoncision, la libération des adhérences balano-préputiales et la méatotomie. Les adhérences balano-préputiales jouent un rôle important, comme l'a montré il y a longtemps déjà M. le professeur Baumel, dans l'étiologie de l'incontinence infantile. Quant aux végétations adénoïdes, les enfants ne se comptent plus dont l'incontinence a cessé brusquement le soir du jour où on leur a euréte le rhino-pharynx.

---

**Muguet des nouveau-nés**, par le Dr RUDAUX, dans journal de *Méd. et Chir. pratique*. Nov. 09.

1° Frotter matin et soir les muqueuses linguale et buccale avec

un tampon de coton hydrophile trempé dans de la liqueur de Van Swieten et bien exprimé.

Dans les cas graves, nettoyer la muqueuse avec du coton hydrophile stérilisé pour enlever les plaques; la badigeonner ensuite une fois par jour au moyen d'un petit tampon monté sur une pince et imprégné de :

Niirate d'argent.....	1 gramme
Eau stérilisée .. .. .	50 —

Neutraliser aussitôt avec un autre tampon trempé dans une solution de chlorure de sodium.

2° Laver fréquemment la cavité buccale, surtout avant la tétée, avec :

Borate de soude .....	10 grammes
Eau .....	100 grammes

ou

Eau de chaux.....	250 grammes
-------------------	-------------

ou

Bicarbonat de soude .....	} à 5 grammes
Borate de soude.....	
Glycérine.....	} à 25 grammes
Eau.....	

3° Nettoyage du mamelon ou de la tétine avant la tétée avec une solution de borate de soude à 10% et après la tétée avec de la liqueur de Van Swieten.

4° En cas de vomissements, faire tous les jours un lavage de l'estomac avec :

Bicarbonat de soude.....	4 grammes
Eau bouillie.....	50 —

#### THERAPEUTIQUE

**Traitement de la bronchite aigue, fébrile dans la première et la seconde enfance.**

1° Faire appliquer matin et soir, pendant 10 à 15 minutes sur le thorax un grand cataplasme sinapisé. On fera suivre cette application d'une friction énergique sur le thorax avec un tampon de coton hydrophile ou un morceau de flanelle imprégnés de la mixture suivante :

Térébenthine.....	15 grammes
Alcool é 65°.....	300 —

2° Si l'enfant est couché, envelopper ses jambes de bottes de ouate et de taffetas gommé.

3° Toutes les trois heures, dans l'intervalle des prises de lait ou de bouillon, donner 1 cuillerée de la potion suivante :

Benzoate de soude.....	2 grammes
Sirop de tolu.....	30 —
Julep, q. s.....	120 —

ou bien si la toux est très quinteuse et pénible :

Sirop de codéine.....	5 grammes
Eau de laurier-cerise .....	2 —
Eau chloroformée.. ..	30 —
Eau de fleurs d'oranger, q. s.....	120 —

(G. LYON.)

Donner une cuillerée à café de l'une de ces potions toutes les deux heures.

4° Dès que la bronchite est arrivée à la 2e période de son évolution (toux grasse), prescrire la potion précitée au benzoate de soude ; ou bien, si l'enfant est assez résistant et si la bronchite est généralisée, donner 1 cuillerée à café 4 ou 6 fois par jour de l'une des potions suivantes à l'ipéca.

Sirop d'ipéca .....	30 grammes
Sirop de tolu, q. s.....	90 —

Se rappeler que chez l'enfant on ne donnera l'ipéca à dose vomitive qu'à la fin de la période catarrhale et si les sécrétions sont très abondantes. On renoncera même à prescrire son emploi chez les enfants chétifs, peu résistants ou épuisés pour éviter les effets hyposthénisants).

ou bien :

Ergotine.....	0 gramme 70
Sirop d'ipéca.....	30 —
Looch blanc, q. s.....	120 —

(AUSSET.)

Ou encore :

Sirop d'ipéca.....	10 grammes
Benzoate de soude.....	1 —
Bicarbonat de soude.....	0 — 50
Sirop de polygala .....	20 —
Décoction de polygala.....	130 —

(MÉRY)

On pourra aussi faire prendre à l'enfant par cuillerées à soupe, toutes les 3 heures :

De l'infusion de 0,40 centigr. de feuilles de Jaborandi dans une tasse d'eau (WEILL).

5° Si la température du petit malade est trop élevée, on lui donnera une ou plusieurs fois par jour un bain tiède (à 38, 36°) ordinaire ou mieux sinapisé, suivi d'ailleurs dans tous les cas d'une friction avec la solution térébenthinée précitée.

On pourrait aussi donner à l'enfant un peu d'euquinine ou d'aristochine, ou bien lui faire introduire dans le rectum un supposi-

toire au sulfate de quinine, mais les résultats en sont inconstants.

6° Si l'enfant est très abattu, on prescrira :

Eau-de-vie vieille.....	10 à 20 grammes
Sirop de quinquina.....	20 grammes
Benzoate de soude.....	2 —
Jule,, q. s .....	120 —

7° Si la toux est rauque, s'efforcer de prévenir la laryngite striduleuse en faisant appliquer d'une façon continue des compresses tièdes ou froides autour du cou ; insister sur la vaporisation du benjoin ou de la quinquina ; prescrire une potion calmante :

Antipyrine.....	0	—	50
Bromure de potassium .....	1	—	
Sirop de codéine .....	10	—	
Sirop de tolu .....	20	—	
Sirop de fleur d'oranger.....	30	—	
Eau distillée, q. s .....	120	—	

(LYON)

à prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

*La bronchite chronique non tuberculeuse de l'enfant.* — Lorsque l'enfant atteint d'une bronchite chronique se présentera à l'examen en pleine poussée de bronchite aiguë, il faudra courir au plus pressé et soigner la bronchite aiguë par les moyens ordinaires : révulsion sur le thorax au moyen de la sinapisation, repos au lit, bains tièdes, 35-37°, deux à trois fois par jour, potion qui facilitera l'expectoration sans chercher à la tarir, ce qui serait inutile, voire même dangereux, car la rétention des sécrétions bronchiques peut infecter des territoires broncho-pulmonaires jusque-là indemnes ; voici une formule par exemple pour un enfant de 4 à 5 ans :

Benzoate de soude.....	2 grammes
Oxymel scillitique.....	15 —
Sirop de baume de tolu .....	40 —
Sirop de fleurs d'orangers.....	20 —
Eau de tilleul.....	120 —

Quatre à cinq cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée dans une petite tasse d'infusion tiède, thé léger, ou tisane de fleurs pectorales.

Une fois la fièvre tombée, la toux diminuée de fréquence, on commencera alors le traitement de la bronchite chronique

M. Déléarde pense qu'on pourrait à cette période supprimer tous les médicaments et ne conserver que le soufre et le miel soufré.

Le miel soufré, composé de :

Soufre lavé.....	15 grammes
Miel blanc.....	15 —

sera donné aux enfants plus jeunes, également dans une tasse de tisane ou de lait tiède, puis de deux et enfin de trois dans les 24 heures.

Le traitement sulfureux joint au repos suffit à lui seul ; on peut cependant sans inconvénient conseiller des révulsifs appliqués sur le thorax : teinture d'iode, ventouses, cataplasmes sinapisés et des inhalations avec les substances habituellement employées à cet usage :

Eucahyptol.....	5 grammes
Teinture de benjoin.....	20 —
Alcool à 90°.....	100 —

Les vapeurs antiseptiques seront inhalées directement par le malade, une ou deux séances de vingt minutes chacune dans la journée, ou répandues dans la chambre au moyen d'un large récipient renfermant de l'eau et placé sur un réchaud. Elles ne doivent figurer que comme un adjuvant du traitement sulfureux.

## SUPPLEMENT

### LE SANATORIUM DE BLOIS A TROIS-RIVIERES

On verra plus loin une nouvelle vignette du Sanatorium de Blois à Trois-Rivières.

Chaque année, on fait des améliorations nouvelles à ce superbe édifice.

Nous pouvons affirmer sans crainte que cet établissement est aujourd'hui le meilleur du genre que nous ayons dans la Province de Québec, pour les neurasthéniques, les convalescents, les dyspeptiques, les artério-scléreux et toutes la série des miopragiques.

Nous voyons là une installation moderne en électricité, hydrothérapie, massage, aération, etc.

Nos amis les Drs DeBlois et Tourigny sont des médecins consciencieux et compétents à qui nous pouvons adresser nos malades en toute confiance.

Nous les félicitons de leur esprit d'entreprise et de leur succès.

### L'ANEMIE DE LA "DIETE LACTEE"

Bien que la diète lactée soit un aliment complet à base de protéides, d'hydrates de carbone et substances grasses, sels inorganiques et eau, il lui manque cependant le fer en quantité suffisante.

Il n'est pas surprenant alors qu'un certain degré d'Anémie s'en suive.

Ce qui est également vrai dans la fièvre typhoïde, la néphrite chronique où le lait constate la diète principale.

Cette anémie d'une diète lactée exclusive est quelquefois responsable des convalescences tardives.

Le Pepto-Mangan (Gude) pendant et après la diète lactée, est alors un adjuvant précieux par l'addition du fer dans un étal bien tolérable, d'une digestion facile et d'une assimilation prompte.

Cette préparation ferrugineuse composée est parfaitement acceptée par l'estomac, sans aucune irritation ni constipation et n'a aucune influence quelconque sur le traitement additionnel que le médecin jugerait à propos de prescrire.

---

**PNEUMONIE DOUBLE**, par H. S. EMERSON, M.D., de Paterson, N. J.

Madame E. D., âgée de 74 ans, New Durham, N.J., tombe malade en février 1905.

Un médecin local fait le diagnostic de pneumonie lobulaire (les deux poumons) avec complications sérieuses.

La condition est plus sérieuse le troisième jour, et les médecins en consultation avec un confrère déclare que la patiente ne peut être sauvée.

A ce moment, je suis appelé: observations.

Les deux poumons sont consolidés, la malade est dans le coma, respiration difficile, interrompue, température 105 3/5, pouls 142 faible, irrégulier, respiration 35, indication d'une prostration complète.

Le traitement antérieur consistait en cognac français et potions ordinaires pour la fièvre et la toux, avec application locale de cataplasmes de graines de lin et peu de nourriture. J'ordonne de suite le traitement suivant et fait cesser les cataplasmes:

L'Antiphlogistine sur le thorax, d'avant en arrière, renouvelé toutes les 8 à 10 heures avec injections hypodermiques de digitaline et whiskey par intervalles.

Le lendemain matin la malade accusait une légère amélioration, fièvre 104, respiration 28, pouls 132. Le coma se continue.

J'étais enchanté cependant de constater que dix heures plus tard elle était consciente et que l'amélioration générale se continuait. J'ordonne alors, le lait, les bouillons, etc, et ajoute l'aconit au traitement; la malade s'améliore toujours et la convalescence était manifesté après deux semaines.

Je suis prêt à reconnaître la valeur de la digitaline, du whiskey, de l'aconit et d'une diète accessoire, mais je suis convaincu d'une manière positive que l'usage puissant de l'Antiphlogistine est due cette cure radicale de la malade.