

GROSSESSE EXTRA UTERINE.⁽¹⁾

par le Dr. W. VERGE.

OBSERVATION

Madame X âgée de 31 ans, pesant environ 200 livres, est mère de 4 enfants en bonne santé. Antécédents personnels au point de vue gynécologique, accouchements et menstruations normaux. Reglée pour la dernière fois le 5 août, elle s'est plaint de douleurs dans le ventre vers le 22 septembre, lesquelles se sont répétées le lendemain moins fortes. Prise de grandes douleurs au 5 octobre, un médecin ordonne le repos au lit et la glace.

Le 21 octobre, les souffrances étant plus accentuées dans le *bas ventre*, suivant son expression, elle perdit connaissance, 3 fois, durant la même journée. Même traitement fut prescrit: décubitus dorsal, glace et calmants. La malade n'a gardé le lit que durant les accès de douleurs. A remarquer qu'à partir de cette date elle a commencé à perdre; écoulements sanguins peu abondants jusqu'au 7 novembre. Appelé d'urgence, ce même jour, je constate après examen de l'utérus dont le col n'a subi aucune modification notable, la présence d'une tumeur faisait saillie dans le cul de sac vaginal postérieur.

Me basant sur l'histoire de la malade, et surtout l'état général alarmant: pâleur, pouls filiforme et rapide, état syncopal, etc., je conclus à un hématocele rétro-utérin ou mieux à une hémorragie pelvienne due à la rupture d'une grossesse ectopique. L'opération pratiquée sans délai à l'hôpital St-François d'Assise, prouva l'opportunité du cas.

En effet, l'ouverture de l'abdomen nous montre une grossesse développée dans le pavillon de la trompe gauche, adhérente au grand omentum, au petit intestin, à l'ovaire gauche et au colon pelvien, rompue probablement depuis 6 à 10 jours. Un fœtus, mort, âgé d'environ de 8 à 10 semaines, était libre au milieu des caillots qui remplissaient la partie inférieure du ventre. Du *sang liquide* inondait la *grande cavité*.

Le chirurgien enleva l'ovaire gauche et la trompe jusqu'à la corne utérine, puis des drains et un tube furent laissés sur place.

Période post opératoire bonne et sans accident, expulsion de la caduque au bout de deux jours.

Que pour une raison pathologique, l'oeuf se *greffe* dans l'une des trompes utérines me semble chose explicable; mais qu'il se développe au

(1) Observation faite devant la société médicale de Québec, 24 nov., 1922.

pavillon de la trompe utérine est vraisemblablement un caprice de nature peu ordinaire : fait *digne d'être observé*, Messieurs, c'est le troisième cas de grossesse extra-utérine que le hasard m'apporte depuis 2 ans ; les deux premières ont été des grossesses ectopiques tubaires rompues à 6 à 8 semaines.

Espérons, que le même incident se répétera rarement surtout au point de vue maternel.

N.D.L.R.—A cette séance, du 24 novembre, de la Société Médicale de Québec, deux communications furent faites, l'une du Dr Ed. Samson, sur un cas "*d'ostéochondrite déformante de la hanche de l'enfant*", l'autre sur un cas de grossesse extra-utérine par le Dr W. Verge.

A la suite de cette dernière communication, le professeur Grondin fit de judicieuses observations. Il fit d'abord remarquer qu'une grossesse ectopique dont le siège est le pavillon de la trompe est en effet une rareté. Il ne faut cependant pas oublier que les grossesses extra-utérines peuvent se développer soit dans la trompe, soit sur l'ovaire, soit dans l'abdomen.

Quelle que soit la localisation de la grossesse ectopique-tubaire, ovariennne, ou abdominale, le fœtus n'est pas nécessairement voué à la mort. Il est des observations indiscutables, où des grossesses tubaires et surtout ovariennes ont pu se rendre jusqu'à terme. C'est surtout dans ces cas que sont marqués les phénomènes de "*faux travail*".

Profitant de l'occasion, le Dr Grondin se demande par quels signes on peut, sinon diagnostiquer avec certitude, du moins soupçonner une grossesse extra-utérine. Car il faut avouer que celle-ci a une symptomatologie très variée, fertile en incidents.

Tantôt, (le fait est rare), elle évolue absolument comme une grossesse utérine normale ; tantôt au contraire, à peine au début de la grossesse, qui est déjà pénible et douloureuse, la femme est prise tout d'un coup d'une douleur très vive dans l'abdomen avec phénomènes généraux graves auxquels elle succombe en quelques heures : le kyste foetal s'est rompu. Entre ces deux variétés extrêmes se placent toutes les variétés possibles dans lesquelles on retrouve diversement les symptômes suivants.

En outre des phénomènes péritoniques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie, deux symptômes apparaissent.

Ce sont les *douleurs* dans le bas ventre, qui s'irradient dans les lombes, tantôt continues, tantôt périodiques. Ces dernières s'accompagnent quelquefois de symptômes péritoniques qui obligent la femme à s'aliter. Puis tout se calme et la femme reprend son train de vie, jusqu'à ce qu'éclatent de nouveau les symptômes douloureux, généralement aux époques menstruelles.

Le deuxième symptôme important qui doit mettre la puce à l'oreille du praticien ce sont les *pertes de sang* plus ou moins abondantes, toujours à l'époque présumée des règles, avec accompagnement de douleurs souvent, et quelquefois de l'*expulsion de la caduque*.

A ces signes fonctionnels s'ajoutent les signes physiques qui varient suivant l'époque à laquelle la femme est examinée. Dès que le kyste foetal est suffisamment développé pour être perceptible par le palper, on sent une tumeur située à droite ou à gauche de la ligne médiane, irrégulière, peu mobile, et à côté de laquelle se trouve une autre tumeur plus régulière, et présentant des contractions, c'est l'utérus hypertrophié.

C'est surtout à l'aide du toucher et du palper combinés qu'on apprécie nettement les deux tumeurs constituées par l'utérus et par le kyste foetal.

Il faut ajouter que ce diagnostic est plus difficile à faire dans les 2 ou 3 premiers mois de la grossesse, que dans les mois subséquents, alors que la différence est plus grande entre le volume du kyste foetal et celui de l'utérus. Passé 2 à 3 mois, l'utérus cesse alors de s'hypertrophier.

Que faut-il faire, se demande le Dr Grondin, en présence d'une grossesse ectopique? Surveiller attentivement la femme. Et le meilleur conseil à donner à la famille, dans ces cas, c'est d'hospitaliser la femme. Là seulement, dit-il, la surveillance peut être effective, et l'intervention à point.

Une autre question à se poser dans ces cas-là est la suivante : Faut-il toujours intervenir, quand il n'y a pas d'urgence, dès que le diagnostic est établi? Le Dr Grondin répond : non. Parce que, premièrement, un fœtus n'est pas nécessairement voué à la mort du fait de sa position anormale, et même vicieuse. En tout cas, le grand principe suivant doit guider tout médecin consciencieux : l'on n'a pas le droit de tuer. Or une intervention dans les 5 ou 6 premiers mois de la vie foetale tue nécessairement l'enfant.

Enfin, dernier argument, une laparotomie faite à temps sauve presque toujours la femme, et quelque fois l'enfant. De plus les suites opératoires sont généralement heureuses. Le mauvais état général à la suite d'une rupture n'est pas une contre indication à l'opération. Les succès sont fréquents dans ces cas apparemment désespérés.

Autrefois, il y a 30 à 40 ans, ajoute le Dr Grondin, le conseil était donné de faire mourir l'enfant en injectant à la mère de la morphine ou de la strychnie, à dose toxique. Aujourd'hui ces procédés païens sont abandonnés grâce aux heureux résultats de la laparotomie.

Enfin le Dr Grondin pose cette question : Doit-on dans une intervention semblable, faire une double ovariectomie, par crainte d'une nouvelle grossesse ectopique? Non, d'une manière générale.

QUELQUES NOTES ET OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES
AU SUJET DU CAS DE GROSSESSE ECTOPIQUE
RUPTURÉE ET OPÉRÉE.⁽¹⁾

Dr Albert PAQUET.

Professeur de médecine opératoire.

Le Dr W. Verge vous a rapporté, à la dernière séance de cette société, l'observation d'un cas de grossesse extra-utérine rupturée qu'il a eu sous ses soins et que j'ai opéré sur sa demande il y a quelques semaines. Préposé à l'administration de l'anesthésique, il n'a pas pu voir comme nous les lésions dans tous les détails, et je viens vous les exposer, persuadé que cette grossesse présentait des particularités intéressantes et très rares qui nous l'ont fait classer dans la catégorie des grossesses pelvi-péritonéales.

Après l'ouverture de la paroi abdominale, du sang noir, qui a inondé la grande cavité, s'écoule, et je trouve le grand épiploon adhérent à l'entrée du bassin près de la vessie. Ma main introduite rapidement ramène en avant pour les rendre visibles le corps utérin et l'une après l'autre les deux trompes. A ma grande surprise elles sont d'apparence normale, et rien n'indique la présence d'une grossesse. Je demeure perplexe, et je me demande si l'hémorrhagie ne provient pas d'une autre source, s'il n'y a pas erreur de diagnostic. Je saisis de nouveau la trompe gauche, et en la regardant avec plus d'attention, j'arrive à constater que deux petites franges de son pavillon sont retenues et fixées dans le bassin sur une masse de la grossesse de mon poing; elles adhèrent intimement. Je les détache, et comme la vascularisation est très accentuée, il me faut les ligaturer pour arrêter le saignement. Ma main rencontre alors le fœtus mort et libre au milieu des caillots sanguins, en arrière et au-dessus de l'utérus. Le cordon l'unit encore au placenta que je trouve implanté au centre de cette masse sur le péritoine qui tapisse en avant le colon pelvien. Ce kyste foetal qui occupe le côté gauche de l'excavation adhère au colon, au ligament large, à l'ovaire et son pédicule et à une anse de petit intestin. Il est rempli de caillots sanguins, les membranes qui en forment les parois sont ouvertes et infiltrées de sang; elles présentent une apparence fortement déchiquetée et irrégulière. Je réussis à décoller le tout par morceaux y compris le placenta qui est bien implanté sur le péritoine de la région. Toute la séreuse du voisinage est infiltrée et devenue comme parcheminée. Les surfaces cruentées que le décollement

(1) Présenté à la société médicale de Québec, séance du 15 déc., 1922.

produit saignent abondamment. Plusieurs ligatures sont appliquées sans résultat ; il nous faut finalement enlever toute l'annexe pour contrôler l'hémorragie.

Je laissai un drainage fait d'un tube et de deux mèches de gaze.

A l'oeil nu la trompe enlevée ne présente aucune irrégularité, aucune lésion, elle est normale dans toute son étendue. Les franges seules du pavillon dont j'ai déjà parlé étaient disparues. Nous avons séance tenante éti-queté cette grossesse pelvi-péritonéale. C'est la première que je voyais ; toutes les grossesses ectopiques que j'ai eu l'occasion d'opérer siégeaient dans la trompe, et celle-ci portait des marques toujours visibles et tangibles du siège de la grossesse.

Quelques auteurs nient l'existence de cette grossesse comme primitive. D'après eux elle se développe d'abord dans la trompe, puis celle-ci se rupture et l'œuf peut se greffer sur le péritoine où son évolution se continue plus ou moins longue. Ou bien la trompe l'évacue par son ouverture abdominale. C'est l'avortement tubaire et dans ce cas elle peut se greffer encore pour survivre un certain temps.

Il ne nous est pas possible d'affirmer dans notre cas si la grossesse a été primitivement tubaire ou péritonéale. Mais le fait que macroscopiquement la trompe ne présentait rien d'anormal nous incline à croire qu'elle était primitivement péritonéale. Il faudrait, qu'un avortement, s'il a eu lieu, se fut passé dans les toutes premières semaines. Un examen microscopique de la muqueuse tubaire aurait permis une affirmation catégorique, mais nous n'y avons pas pensé. Une rupture de la trompe avec sortie du kyste foetal et sa greffe sur le péritoine aurait fatalement laissé des cicatrices apparentes qui n'existaient pas.

Malgré la rareté du cas, nous persistons à la classer parmi les grossesses pelvi-péritonéales ; et j'aimerais à connaître si mes collègues en ont déjà observé de semblables et dans quelle proportion relative aux grossesses tubaires.

Dr Albert Paquet.

Québec, le 15 décembre, 1922.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

...LABORATOIRE COUTURIEUX....
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

UN CAS D'OSTEOCHONDRITE JUVENILE DEFORMANTE DE LA HANCHE

COMPLIQUEE DE POLIOMYELITIS ANTERIEURE.

par le Dr J.-E. SAMSON.

L'ostéochondrite juvénile déformante encore nommée, maladie de Legg-Calve, de Perthes ou encore caput planum, ostéite hypertrophique, est comme son nom l'indique, "une affection caractérisée par un trouble, dans la croissance à l'épiphyse, produisant une déformation de la tête fémorale."

Cette affection connue autrefois sous le nom de "tuberculose atténuée de la hanche fut décrite pour la première fois par Mr. Legg de Boston en 1909.

L'année suivante Mr. Calve décrivait dans la revue de chirurgie la même affection sous le titre de pseudo-coxalgie.

En août, la même année, Perthes publiait en Allemagne un article intitulé: "Toute coxalgie n'est pas nécessairement tuberculeuse" et décrivait parfaitement la maladie telle qu'elle se rencontre ordinairement.

Cette affection se rencontre habituellement dans le sexe masculin, et avant l'âge de dix ans est le plus souvent unilatérale, et chez des sujets apparemment en bonne santé. Les théories pour en expliquer la pathogénie sont nombreuses.

En voici quelques-unes:

M. Schwarz et Calve reconnaissent comme cause "l'hérédité". Un grand nombre d'autres prétendent qu'un traumatisme serait toujours l'agent causal. D'autres veulent que ce soit dû à une infection locale bénigne.

La pathologie est caractérisée par une "atrophie" marquée de l'épiphyse supérieure du fémur. Comment peut s'expliquer cette atrophie ?

Mr. Perthes prétend qu'elle est due à une croissance exagérée d'un cartilage anormal envahissant l'os normal.

Mr Legg de Boston "un trouble de circulation provenant d'un traumatisme à l'épiphyse".

Mr Delétala "une altération congénitale du cortiège épiphysaire".

Mr. Calot "une subluxation congénitale larvée manifestée tardivement ou ignorée".

Cette dernière opinion a été l'objet de beaucoup de discussions, et semble ne pas être acceptée par la plupart des auteurs. Messieurs Lance, Andrieu, Capelle démontrent d'une façon précise, dans un mémoire publié récemment, que la théorie de subluxation congénitale n'est pas vraisemblable.

Certains cas atteints d'ostéochondrite ont eu une réaction au Wasserman positive, ce qui peut cependant n'être qu'une simple coïncidence.

Comment se présente en clinique le malade atteint d'osteochondrite ?

Le malade dont je veux vous donner l'observation en est un cas typique, c'est pourquoi je vais vous en donner immédiatement la description.

Le père me raconte que l'enfant est âgé de 4 ans, qu'il a toujours eu bonne santé, qu'il fit une chute de neuf pieds de hauteur il y a 2 ans; ce qui ne l'a retenu au repos que quelques jours cependant. Le père, la mère, 5 frères et 2 soeurs sont en bonne santé. Aucun frère ou soeur mort. Pas d'histoire de tuberculose familiale ou de syphilis héréditaire.

Histoire du début de la maladie.

En mai dernier les parents remarquèrent que l'enfant boitait un peu et qu'il tombait fréquemment sans raison apparente.

L'enfant n'accusa aucune douleur mais se plaignit de faiblesse du membre inférieur gauche.

Il mangeait et dormait très bien, de sorte que son état général était bon.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au début de septembre alors que le malade fut enhahi d'une température élevée, avec délire et tous les signes de méningisme. Cette période aiguë dura quatre jours, puis les symptômes s'amendèrent et les parents voulurent lever l'enfant, mais à leur grande stupéfaction, ce dernier ne pouvait pas se supporter sur ses membres inférieurs.

Cependant ses forces revinrent graduellement et un mois après cet incident, l'enfant pouvait se lever et faire quelques pas. Il continua à s'améliorer jusqu'au 8 novembre, date à laquelle je le vis.

Rien d'anormal ne fut relevé à l'examen excepté au membre inférieur gauche. L'inspection de ce membre démontra d'abord une atrophie marquée de tout le membre mais surtout évidente à la région fessière; que le grand trancher faisait une saillie très proéminente et s'élevait au-dessus de la ligne Nélaton; que le membre était apparemment plus court que l'autre; que le pied tombait en équinisme et qu'il n'y avait aucune contracture.

La palpation au niveau de la tête du fémur éveille une légère douleur. Les mouvements de flexion, d'adduction et de rotation interne de la hanche sont normaux et indolores.

L'abduction est légèrement limitée de même que la rotation externe l'extension est impossible. Les muscles fessiers sont très faibles. Le quadriceps fonctionne mais ne peut cependant pas tenir la jambe en extension complète. Les muscles jambiers antérieurs et postérieurs sont très faibles.

L'extenseur commun et l'extenseur propre du gros orteil sont complètement paralysés de même que les péroniers antérieur et latéraux.

Les muscles jumeaux, solaire et plantaire sont bons et devient le pied en équinisme. Les articulations du genou et du cou de pied sont en bon état.

Les reflexes sont normaux.

Une radiographie de la hanche gauche établit que l'épiphyse fémorale supérieure est irrégulière, aplanie, divisée en plusieurs segments qu'elle regarde une petite cavité de dimensions à peu près semblables, taillée dans la moitié supérieure de la cavité cotyloïde.

La radiographie démontre aussi un aplatissement du col avec raréfaction osseuse.

En présence de ces symptômes, à quoi pouvais-je penser ? Coxalgie, osteomyélite, arthrite juvénile déformante, coxa-vera rachitique ou congénital, ou enfin à l'ostéochondrite juvénile déformante ?

Le bon état général de l'enfant, sa température normale, l'absence de douleurs à la marche, la flexion normale de la hanche, l'absence de spasme musculaire, l'élévation du grand trochanter et les signes radiographiques m'obligeaient d'éliminer d'un seul coup les idées de coxalgie tuberculeuse, d'osteomyélite de la hanche et d'arthrite juvénile déformante.

Dans la coxa-vera rachitique ou congénital, le raccourcissement du membre et l'élévation du grand trochanter sont beaucoup plus marqués.

Le diagnostic d'ostéochondrite juvénile déformante s'imposait donc.

Maintenant cette observation présente encore quelque chose de particulier et je désire attirer l'attention sur le fait suivant :

En septembre dernier ce sujet atteint d'ostéochondrite a été également atteint de paralysie infantile, et j'appuie mes données sur les faits suivants : La température élevée, le délire, les signes méningés durant quelques jours et laissant à leur suite une impotence complète des membres inférieurs pendant à peu près un mois et actuellement une faiblesse d'un certain muscle, et une paralysie complète d'autres, sont autant de symptômes qui ne peuvent être produits par aucune autre maladie que par la paralysie infantile.

Le pronostic n'est fort heureusement sévère ; car l'ostéochondrite guérit souvent seule sans traitement, et sans laisser de difformité importante. Cependant un certain nombre d'auteurs conseillent de faire porter un plâtre en spica pendant quelques temps et permettrait au malade de marcher.

Je tiens à publier cette observation pour démontrer qu'il ne faut pas toujours se hâter de porter à l'emporte-pièce le diagnostic de coxalgie tuberculeuse chaque fois qu'un enfant boîtit, qu'il présente un peu d'atrophie du membre et quelque limitation des mouvements de la hanche. Il faut dans chaque cas noter tous les détails qui peuvent être importants : faire un examen minutieux, tenir compte de l'état général et avoir au moins une bonne radiographie.

L'observation démontre encore qu'une maladie peut se greffer sur une autre déjà existante et en compliquer singulièrement le diagnostic. Il est donc important de faire l'histoire de chaque cas en particulier, de l'étudier tel qu'il se présente et non tel qu'on voudrait qu'il soit.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE A LA CAMPAGNE REFORMES QUI S'IMPOSENT

Dr L.-F. DUBE.

A la demande des officiers de ce congrès, demande formulée dans leur lettre circulaire, nous traiterons de la pratique à la campagne, sans rayons X, sans laboratoire, et sans aide. C'est sûrement une très importante question et notre premier devoir sera de remercier le comité de direction de ce congrès d'avoir enfin pensé aux confrères éloignés et songé à leur venir en aide, soit en leur fournissant les moyens de venir puiser aux sources de la science, soit en les encourageant de quelque manière que ce soit dans la voie du travail, ou encore de leur avoir fourni l'occasion de venir exposer leurs besoins.

La question est d'autant plus à propos que la majorité des médecins, dans la province, pratique à la campagne. C'est donc dire qu'il faut un peu s'intéresser à eux, qui sont, en fin de compte, des confrères, si on ne veut pas, dans 15 ou 20 ans d'ici, rougir de les coudoyer. Commençons donc par détruire un préjugé qui règne; qu'un grand nombre de médecins à la campagne ne sont que des accoucheurs ou des arracheurs de dents. Nous admettons volontiers que certains personnages, portant le titre de docteur en médecine, sont une disgrâce pour le corps médical, mais ce n'est pas à nous à faire ici leur procès. D'ailleurs les villes en hébergent beaucoup plus que les campagnes. Chez nous c'est sporadique, en ville c'est endémique.

Quels sont les problèmes Socio-Médico-Chir les plus compliqués que

Quels sont les problèmes Socio-Médico-Chir. les plus compliqués que sans outillage et sans aide?

Pour répondre avec un peu de méthode, il faut rebrousser chemin et se transporter 10, 15, 20, 25 ans en arrière et se figurer que nous nous installons dans une paroisse, bien décidé d'y vivre et d'y mourir—*"pierre qui roule n'amasse pas de mousse"*—en tâchant de soulager quelque fois, consoler toujours, et guérir rarement.

"Tiens, voici notre jeune médecin, se disent ses futurs patients au sortir de la messe le dimanche et tout en chargeant la pipe. Il est bien jeune, maigre et grand,.....pas marié? Il a l'air d'un bon garçon. Lui as-tu parlé? Il n'est pas gênant du tout..... Paraît qu'il ne boit pas!.... Dame on sait t'y jamais. Tout nouveau tout beau, observe un malin. En tout cas, quand ils arrivent, ils sont toujours sobres, et ça ne prend pas un mois, des fois, et on les rencontre saouls comme des mûles qui ont passé la nuit dans le champ d'avoine du voisin."

“Qu’importe, j’ai confiance en lui. Il n’a pas fait comme les autres, il n’a pas couru chez M. le curé pour se faire annoncer. D’ailleurs notre curé est bien sobre en louanges avant de connaître son homme, et il dit souvent: “Bon vin n’a pas besoin d’enseigne.” Qu’il fasse ses preuves le reste par surcroît.”

Vous avez là quelques-unes des paroles de conversation qui ont été échangées lors de votre arrivée dans votre village.

A les bien examiner, elles renferment beaucoup de philosophie. Vous n’ignorez pas que c’est un gros évènement qui se produit quand un médecin s’installe dans un endroit où il n’y en a jamais eu, ou encore, quand il remplace un confrère. La question est toujours plus épineuse dans ce dernier cas, car, vous avez à souffrir de la comparaison, avec le disparu, qui a laissé des amis et des admirateurs.

Il faut donc, dès l’arrivée, donner une bonne opinion de soi, comme homme sociable et instruit, et maintenir cette réputation jusqu’à la mort. On consultera le médecin sur beaucoup de sujets en dehors de sa profession et s’il donne de bons avis, il acquérera la confiance et, plus tard, on lui pardonnera beaucoup de bévues qu’il ne manquera pas de faire au point de vue médico-chirurgical.

Abordons la médecine.

Les problèmes difficiles sont si nombreux pour le médecin qui est seul à supporter toute la responsabilité de ses actes, qu’il est impossible de les examiner en particulier.

L’examen du poumon, soit l’inspection, la palpation, la percussion et l’auscultation avec ses différents souffles tubaires, caverneux et amphariques, ses râles secs, crépitants, sous-crépitanes et caverneux, avec ses frottements, ses craquements, sa voix chevrotante, caverneuse et amphorique, nous a toujours donné, surtout dans nos premières années de pratique, beaucoup de fil à retordre. Ce n’est pas tant encore, le fait de constater une matité, une sonorité, un souffle ou un râle, mais c’est l’interprétation du signe perçu. Dans maintes circonstances une radiographie aurait pu vous aider à asseoir votre diagnostic, des examens de crachats à préciser la nature de l’infection, un confrère à nous aider de son savoir et partager la responsabilité. Il fallait agir seul, promptement, sûrement, prescrire une alimentation rationnelle, faire une ordonnance physiologique et l’éducation hygiénique de l’entourage.

La boîte à surprise, le ventre, nous réserve de grandes surprises. Si notre diagnostic est hésitant, 24h., le patient qui *a* ou *croit avoir* “l’appendicite” transportera ses pénates à l’hôpital où là, dit-il, on ouvrira son ventre pour savoir ce qu’il y a dedans. Admettez au moins que vous êtes surpris de perdre votre client.....Il faut bien admettre que le médecin, à la campagne, n’a pas toujours crédit pour sa manière habile avec laquelle

il conduira son client vers la guérison d'une maladie grave. Mais s'il manque son coup à guérir promptement un cas d'uricaire, ou d'eczéma, à extraire une dent ou couper le filet, son baromètre scientifique baisse de plusieurs degrés.

Nous avons à lutter contre les préjugés. Notre population, pour une bonne partie, n'est pas au courant des règles hygiéniques. Le milieu n'est pas toujours favorable au traitement d'une maladie sérieuse, encore moins à un acte chirurgical d'urgence, le confrère est éloigné, ou, on ne peut l'avoir. Très souvent, appelé à la dernière heure, nous nous trouvons en présence d'une femme qui avorte et qui saigne abondamment, ou qui fait des crises d'éclampsie avant l'accouchement, ou encore, à l'examen vous trouvez un énorme fibrome greffé sur le corps et le col de l'utérus et remplissant le bassin, et en haut, un enfant avec une présentation d'un bras et des contractions énergiques.

Inutile de crier : "Au secours" vous êtes à 20 milles du voisin et ça presse. Vous avez à vos côtés, comme aide, une vieille femme, "quasi-sage" qui crie : "Jésus-Maria" — chaque fois que la parturiente pousse des cris de douleur, et ils sont drus.

Dans de semblables situations, il faut se passer de tout et user de son jugement.

Le médecin à la campagne peut-il se passer de laboratoire ?

Il est bien compris que nous n'appelons pas laboratoire quelques tubes pour la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines, à peu près tout ce que nous trouvons chez tous les médecins à la campagne et à la ville également.

À part cela, il faut répondre OUI et NON.

Oui on doit se passer de laboratoire si on entend par là que le médecin praticien fasse lui-même ses recherches. La plus belle réponse que nous pouvons donner, se trouve dans la préface de : "Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire". publié récemment par Hugel, Delater, Zoëller.

"Ce livre, disent ces auteurs, s'adresse surtout aux médecins praticiens qui ne peut faire lui-même les recherches du laboratoire. La pratique de celles-ci exigent en effet un matériel coûteux, *une expérience technique éprouvée, longue à acquérir, sans laquelle il n'est aucune garantie.* Il est difficile à un médecin continuellement dérangé au cours de la journée de consacrer à ses recherches le temps qu'elles exigent. Aussi doit-il le plus souvent, faire appel au spécialiste H". Vous avez là, la vraie réponse.

Mais ce n'est pas tout de faire un examen d'urine ou de sang. Nous savons que les réponses du laboratoire sont données en termes laconiques.

Il faut savoir les interpréter. C'est ce qui manque. Précisons davantage notre pensée sur l'impossibilité pour le médecin de faire du laboratoire.

Nous taxera-t-on d'arriérés parce que nous ne partons pas, un beau ou un mauvais matin, le microscope sous le bras, pour aller à 12 ou 15 milles dans les rangs, en arrière, faire la numération des globules rouges, au lit d'une pauvre vieille souffrant "d'anémie pernicieuse progressive de Biermer?"

Y a-t-il un seul médecin à la campagne ou à la ville qui soit en état de faire un séro-diagnostic par agglutination ?

Et la réaction Bordet-Gengou, où 2 ou 3 spécialistes seulement, dans toute la province, peuvent la faire avec un peu de certitude. Également peut-on songer au coefficient uréo-sécrétoire d'Ambard, à la diazo-réaction, à l'épreuve du bleu de méthylène où il faut recueillir les urines, après l'injection, toutes les heures pendant trois jours.

Toutes ces questions de laboratoire sont des questions d'hôpital et très très rarement de clients privés, surtout à la campagne. On semble accorder, dans nos universités, trop d'importance à l'étude de ces questions de laboratoire, qui sont utiles, nous l'admettons, mais nullement pratique pour la grande majorité des médecins. Nous croyons vous avoir démontré, en quelques mots, l'impossibilité pour le médecin praticien de faire du laboratoire.

Mais cela n'implique pas qu'il doit s'en passer.

Ainsi notre diagnostic est hésitant sur la nature d'une angine. Est-elle diphtérique ou non? Le laboratoire va trancher la question. L'examen des crachats va également asseoir notre diagnostic s'il est encore hésitant. L'examen du pus ou des urines, le séro-diagnostic sont autant de recherches précieuses et dont on ne peut, bien souvent se passer.

Ne pouvant faire nous-mêmes ces recherches, pour les raisons données plus haut, nous avons donc recours au laboratoire provincial ou universitaire. Les médecins en général, attachent-ils une grande importance aux questions de laboratoire? En dehors des hôpitaux, combien de Bordet, d'Ambard, de Diazo le laboratoire provincial fait-il ? Pour terminer, disons que le laboratoire est une spécialité très nécessaire, pour le médecin, et que nous devons avoir recours à ces spécialistes si nous voulons avoir une réponse de quelque valeur.

RAYONS X—La questions des rayons X est tout à fait hors de discussion. D'abord parce qu'une grande partie de nos campagnes n'ont pas de courant pour actionner la machine. Ensuite parce que la pratique des rayons X ainsi que l'application des différents courants électriques comme moyens curatifs demandent des études spéciales et approfondies que nous ne recevons pas dans nos universités.

Il ne faut pas se croire électrothérapeute diplômé parce qu'un agent de machines électriques vous a montré le fonctionnement de son appareil et a dit que : "pour le rhumatisme on pousse ici, le lumbago on tire là."

Nous pourrions compter sur les doigts de la main les spécialistes en radiologie qui se servent de machines électriques et des rayons X en connaissance de cause.

Pour les autres, nous craignons beaucoup que ce soit un moyen malhonnête pour attirer les gages (et peut-être aussi des gens qui passent pour intelligents) et leur soutirer de l'argent en les faisant danser au bout d'une électrode ou en leur tirant une étincelle du bout du nez, quand ce n'est pas à l'autre. Nous reconnaissons la grande utilité des rayons X, mais nous sommes obligés de faire comme s'ils n'existaient pas.

A la campagne, le médecin doit avoir l'oeil au bout du doigt. L'aide d'un confrère. D'après les réponses que nous avons reçues, il semble que ce soit un événement extraordinaire de rencontrer deux confrères qui s'entendent. Le cri est général. Partout c'est la même jalousie qui règne. Ce sont les mêmes reproches que l'on entend. Au lieu de se porter secours, on se détruit : au lieu d'aider un confrère on le piétine, on le calomnie, on le bafoue. D'après le témoignage de plusieurs vieux praticiens leur pire ennemi, c'est le jeune médecin.

Personne ne contestera aux jeunes le droit de choisir librement l'endroit qu'il leur plaît. "*Le soleil luit pour tout le monde*".

Pourquoi ne pas pratiquer honnêtement en faisant de son mieux et non pas en essayant de faire passer le confrère pour un ignorant, parce qu'il est né 20 ans avant, et dire dédaigneusement à tout venant : "ah ! le docteur un tel est de la *vieille école*" comme si la vieille ne vaut pas la jeune.

Nous admettons qu'il y a des médecins qui ne sont pas aussi savants que d'autres, qui ne sont pas aussi au courant, pas aussi modernes, mais à tout bien considérer nous nous demandons s'ils ne font pas plus de bien, en tous cas, moins de mal, qu'un certain groupe, disséminé ici et là, qui paraissent ne pas avoir de conscience, ni de sens médical. Pour eux le "*diplôme*" est un morceau de papier qui sert à envelopper le fœtus d'un avortement, l'ovaire d'une castration, ou encore, ce bon diplôme, selon qu'il est plus ou moins âgé à bernier le public par 20 à 30 années d'expérience et de travail, pour enfanter le "*Sel Larochelle*" sous forme de potion, ou un sirop rose, ou un galactagogue ou un tonique quelconque et même un spécifique, avec une grosse S.

Qu'on y porte une attention sérieuse, tel un aéroplane en panne et qui descend d'une vitesse vertigineuse, le baromètre médical dégringole 40 milles à l'heure.

Tout ce qu'il y a de certain, c'est que le médecin, en général, évite de demander un confrère en consultation et arrange son affaire, en ville pour garder son malade, à la campagne pour supporter seul la responsabilité.

Est-il dans l'erreur? Devrait-il demander plus souvent l'aide qu'il aurait besoin? Nous le croyons, nous en sommes même convaincu. Nous manquons donc d'esprit de famille.

Il semblerait que nous nous éloignons du sujet. Pourtant non. Il ne nous reste plus qu'à mettre les points sur les I.

En parlant des difficultés ou des misères que les médecins pratiquant loin des centres rencontrent, la même lettre circulaire des officiers du Congrès dit: "Il est de notre intérêt, à tous, que ces questions soient bien exposées et discutées afin que remède soit appliqué si possible". Ainsi nous dirigeons un malade vers l'hôpital, parce que le diagnostic médical est douteux ou l'intervention chirurgicale dangereuse si on tient compte du milieu où on opère.

Pourquoi, dans chaque hôpital n'y aurait-il pas une organisation quelconque pour éclairer le médecin en lui envoyant une carte du diagnostic. Cela fait tant de bien au confrère éloigné d'apprendre que son diagnostic a été corroboré par un maître d'une part, et cela l'instruit d'autant s'il a fait erreur, d'autre part.

Comme un médecin me l'écrivait: "Les hôpitaux sont des vases clos dont il ne sort rien, pas même le diagnostic des cas qu'on y a dirigés".

Ne croyez-vous pas qu'il y aurait moyen de vous venir en aide dans ce sens?.....

Un malade est dirigé vers l'hôpital pour une consolidation vicieuse. Une radiographie est prise. Le malade paie pour la radiographie et l'apporte avec lui. Figurez-vous les conversations et les observations des voisins et voisines. Ce confrère à la campagne est coulé à tout jamais.

N'y aurait-il pas moyen d'éviter ce genre de réclame?.....et ainsi on viendrait en aide à un confrère qui a fait de son mieux et dont souvent on n'a pas suivi les avis.

Dans un autre ordre d'idée, est-ce que les médecins qui se paient le luxe de "*villégiaturer*" ne pourrait pas s'exempter de faire de la clientèle "*de vacances*". Toujours au détriment d'un confrère qui a peiné pendant les longs mois d'hiver, très souvent pour bien peu, et qui se trouve privé d'une clientèle passante et payante,, sur laquelle il comptait.

Encore une autre manière de venir en aide, et celle-ci est l'éternelle question. Quand donc trouvera-t-on un moyen pour faire payer ceux qui le peuvent, à l'hôpital? On nous répondra. Mais nous avons fait beaucoup. Les municipalités sont obligées de garantir une partie de la pension à l'hôpital. Cela est très bien, mais ce n'est pas suffisant. D'abord parce que tous

les hôpitaux n'ont pas cru utile de rentrer dans le mouvement et ensuite le traitement médical et chirurgical est gratis. Trop souvent nous apprenons qu'un de nos bons clients a émigré à tel ou tel hôpital pour se faire opérer gratuitement. Et remarquez bien qu'on ne se gêne pas pour nous le dire : *"Vous me demandez trop cher, j'irai à l'hôpital et ça me coûtera que mon passage"*.

Avec ce système deux choses se produisent. D'abord le médecin à la campagne perd son client qui peut payer, et le médecin à l'hôpital travaille pour rien. Résultat..... Zéro!..... Zéro!

Il y aurait un long chapitre à écrire pour démontrer où nous conduira l'attraction de l'hôpital gratis, de la clinique gratis, du dispensaire gratis, des gouttes de lait gratis, des consultations de toutes sortes gratis.....

Le médecin dans nos campagnes, n'est pas porté, plus qu'un autre, à se laisser arriérer, s'il est honnête et consciencieux, et il tient autant qu'un autre à suivre les progrès de la science pour en faire bénéficier ses malades.

Pourquoi ne lui viendrait-on pas en aide? Pourquoi ne lui fournirait-on pas l'occasion, au moyen de *"Cliniques Pratiques"* organisées à Québec et à Montréal une fois l'an, ou plus souvent?

Puisque le médecin à la campagne doit trop souvent se passer de laboratoire, de rayonsX et d'aide et qu'il doit avoir l'oeil au bout du doigt, donnons lui un enseignement en rapport avec ses besoins.

Donnons-lui en un mot, un enseignement rationnel et vrai. Faisons table rase de ces théories matérialistes et fausses dont on continue de bourrer le crâne de nos jeunes médecins, tout comme on le faisait, de notre temps, jadis. Nous n'avons que faire de ces théories, par exemple celle des localisations cérébrales, qui ne localisent rien du tout, et qui ont vécues par la force et le prestige des hommes de génie qui les ont enseignées, et dont on s'est contenté de suivre aveuglement les données fausses, sans jamais les contrôler sérieusement. Par contre enseignons leur quelque chose de pratique. A l'appui de ce que nous avançons, voudrait-on des faits? Combien parmi vous, avant d'entrer en clientèle, avons posé un forceps, réduit une fracture, fait une version, posé un plâtre? Fait une appendisectomie, une kélatomie d'urgence, enlevé des amygdales, fait un curettage, fait une ponction lombaire, une cure radicale d'hydrocèle, fait une amputation, ligaturé une artère importante, etc., etc., et nous pourrions continuer bien longtemps et à la fin répondre : Pas un seul d'entre nous..... Pourtant ce sont des choses indispensables. Nous admettons que nous avons la théorie de la chose, ce qui nous manque c'est la pratique, et c'est beaucoup. Au contraire, en fait de pratique nous avons passé passablement de temps à examiner à travers le microscope des tissus normaux et pathologiques, des bacilles de

toutes les longueurs, des coqs de tous les groupements, des spires de toutes les formes, des cellules de toutes les sortes, la décomposition de l'eau au moyen du courant électrique, examiné des sangsues, fait sauter des grenouilles, etc., etc.

C'est dans la "*pratique*" que le médecin rencontre des difficultés, pour la bonne raison qu'il n'est pas outillé pour la bataille. N'y aurait-il pas moyen de faire quelque chose en ce sens. Dans un autre ordre d'idées, il faut envisager que le médecin, doit étudier s'il veut se tenir au courant des progrès de la science médicale et faire face aux difficultés qu'il rencontre chaque jour, pour le bénéfice de ses malades.

A-t-on jamais pensé, vous, nos Maîtres, qui vivez parmi la classe instruite, qui avez à votre disposition bibliothèques, laboratoires, causeries médicales, consultations, hôpitaux, qui êtes en contact journalier avec tout ce que la science peut offrir pour faire de vous des hommes supérieurs, et par le fait vous permet de monter bien haut, n'avez-vous jamais songé que, nous, pour remplacer ce qui nous manque et nous forcer au travail, nous aurions besoin d'un stimulant? La nature humaine est ainsi faite... Pendant 4 ou 5 ans nous recevons un enseignement médical. En fouettant le plus possible nos méninges nous parvenons à décrocher un diplôme de docteur en médecine. Par le fait Vous nous lancez dans le monde pour la lutte pour l'existence. Puis, vogue ma galère,...où bon te semblera. Personne ne s'occupe plus de nous. Pardon, le registraire du col. des M. et Ch. excepté, où, une fois l'an, il réclame \$4.00 d'abonnement.

Est-ce donc un personnage si extraordinaire qu'un jeune médecin de 25 ans, fusse-t-il canadien-français, qu'il n'ait plus besoin de personne pour le diriger ou pour l'encourager à continuer ses études. Il est aucunement surprenant que plusieurs terminent leurs études médicales en recevant leur diplôme. Mais, nous répondra-t-on, qu'avons-nous à y voir?... *Tout*. Nos universités qui ont à coeur de créer des médecins instruits, nos professeurs d'avoir des élèves distingués et le collège des médecins qui devrait s'efforcer à n'avoir que des hommes d'une haute culture intellectuel, ces trois corps devraient encourager les médecins au travail tout le temps de leur vie. Et comment ?.... Il y a mille moyens, et, en n'en prenant aucun, il n'est pas suprenant de constater, bien à regret, une baisse rapide dans le degré d'instruction d'un bon nombre. Il ne faut pas oublier que le progrès en médecine marche à pas de géant.

Pourquoi n'ouvrirait-on pas des concours, sur un sujet quelconque, en médecine, de temps à autre? Pourquoi le ministère de santé publique fédéral, l'ass. canadienne contre la tuberculose et plusieurs autres institutions, quand elles ont besoin de littérature sur un sujet quelconque ne profiteraient-elles pas d'un concours général du Canada, pour encourager les médecins au travail, au lieu d'aller quêter de la littérature américaine, littéra-

ture immorale et dans laquelle on tourne en dérision nos institutions religieuses les plus sacrées ? Est-ce que les milliers de médecins du Canada ne sont pas capables de fournir à leur pays la littérature dont il a besoin ?

Pourquoi l'hôpital est-il le partage d'un petit nombre ?

Pourquoi les portes du professorat sont-elles closes pour tout médecin pratiquant en dehors des limites de la ville ? Il ne faut pas perdre de vue que l'on peut être un grand savant et faire un pauvre professeur. Tout le monde n'est pas né avec la bosse de l'enseignement.

Le médecin pratiquant à la campagne serait-il considéré comme un anesthésié à la période de dépression ? Croit-on qu'il n'a plus d'idéal ? Croit-on que nous n'aspérons pas, nous aussi, à monter ?

Nous connaissons plusieurs confrères très instruits, très bien doués et nous ne craignons pas de dire que c'est un crime de les laisser végéter dans un coin obscur du Canada sans jamais songer qu'ils pourraient, avec un peu d'encouragement, faire honneur à leur province, à leur pays et à la médecine française.

Le rôle de professeur ne consiste pas seulement à donner un cours de 60 minutes, 20 à 100 fois par année.

Nos instituteurs, nos professeurs de séminaire, nos professeurs de la faculté médicale, le collège des médecins *sont* ou *devraient être* des *prospecteurs*, des hommes chargés de découvrir et d'extraire les richesses contenues dans tous les gisements intellectuels.

Or, dans la grande classe médicale il y a des gisements de richesses. Il y a de l'or dans la profession médicale canadienne-française. Cet or il faut l'amener à la surface. (Daudet)

Trêve de beaux discours et de bonnes intentions. L'enfer est pavé de bonnes intentions. Passons aux actes....

En terminant, Messieurs, nous osons espérer que nos remarques seront prises en bonne part. Loin de nous l'idée de critiquer pour faire tard, mais les besoins sont si pressants, nous sommes si peu outillés quand on nous lance dans le monde, nous avons commis tellement d'erreurs, fait tant de bévues, nous avons si souvent constaté que nous ne savions rien de pratique, nous nous trouvions si seul en face des responsabilités énormes qui pesaient sur nos épaules, nous avons tellement compris que l'enseignement reçu était si peu conforme aux besoins, nous étions si impuissants quelque fois devant des choses que nous aurions du savoir et que nous ne savions pas, nous aurions tant besoin d'un mot d'encouragement pour nous inciter au travail, pour diriger nos études, que nous voudrions que ceux qui nous suivent fussent mieux préparés que nous pour faire la lutte avec savoir et intelligence, afin que la science médicale française résonne bien haut et que les échos répètent jusque là-bas, aux antipodes, les noms de *Laval* et *Montréal*. N.-D.-du-Lac, "Villa-du-Verger", Sept. 1922.

CORRESPONDANCE

Paris, le 17 novembre, 1922.

Messieurs les Gouverneurs du Collège des Médecins
et Chirurgiens de la Province de Québec.

Messieurs,

Les médecins canadiens français en cours d'études à Paris, réunis en assemblée le douze novembre dernier, nous prient de porter à votre connaissance les faits suivants :

Ayant remarqué que, depuis assez longtemps déjà, certains médecins canadiens, anciens étudiants à Paris et faisant réclame dans les journaux, se parent de titres auxquels ils n'ont aucun droit, ils considèrent qu'il est de leur devoir de protester.

Car d'une part, ces faits sont de nature à porter, à ceux d'entre eux qui, revenus au pays auraient à tels titres des droits légitimes, un sérieux préjudice. En réalité le fait d'usurper l'appellation soit d'ancien interne, soit d'ancien externe, soit de diplômé de la Faculté n'est rien autre qu'un procédé de concurrence déloyale. C'est, en plus, vis-à-vis de la clientèle, quelque chose comme une tromperie sur la qualité.

D'autre part on comprend facilement combien ce serait une chose déplorable pour les étudiants canadiens présents et futurs si allait s'implanter dans l'esprit du personnel enseignant français l'idée que nous nous targuons de titres immérités. Or un fait malheureux vient justement de se produire. Un jeune médecin, arrivant à Paris, s'est vu prendre isolément à partie par un professeur de clinique réputé; le prétexte fut justement l'audace avec laquelle s'affichait chez nous certains supposés anciens internes et externes des Hôpitaux de Paris. Pour peu que ces vérités, trop réelles, viennent à la connaissance de quelques-uns de nos maîtres, ce serait, à brève échéance, une très grande difficulté d'accéder aux différentes cliniques parisiennes.

Quoi qu'il en soit, et afin de vous permettre de juger sur des faits certains, vous trouverez ci-inclus quelques découpures de journaux typiques des usurpations reprochées.

A ce point qu'il nous soit permis de faire une remarque. Il n'est aucun Canadien vivant qui puisse jusqu'ici s'intituler "ex-interne" ou "ex-externe" des Hôpitaux de Paris. Il suffit d'ailleurs de connaître le mécanisme des concours d'internat et d'externat pour comprendre comment nous ne pouvons pratiquement aspirer à ces postes.

Le titre d'"ex-élève des Hôpitaux de Paris" est, pour la plupart, le seul titre dont se puissent étiqueter les Canadiens venus étudier ici.

Celui de "Diplômé de la Faculté" représente le doctorat. Or dans aucun des deux cas cités ici, ne fut passée la thèse nécessaire à l'obtention du diplôme.

Nous voulons à ce propos nous élever contre l'habitude qu'ont certains confrères de disposer de telle façon les mots :

X....., médecin
des Hôpitaux de Paris.

L'équivoque est fatal dans l'esprit de ceux qui lisent de telles affiches.

Bref, il résulte de tout ceci que les médecins Canadiens-Français étudiant à Paris ont décidé, plus encore par souci de l'honneur professionnel que par compréhension de leurs droits, de faire en sorte que de tels abus prennent fin. Pour atteindre ce but, ils sont décidés à faire tout ce qui est en leur pouvoir.

Ils prient Messieurs les Gouverneurs du Collège de bien vouloir agir en ce sens.

Il a été décidé en outre que copie de la présente lettre soit adressée aux Facultés de Médecine des Universités Laval et de Montréal. Ils demandent aux autorités des dites Facultés d'aider aux efforts que le Collège ne peut manquer de faire pour la suppression de tels abus.

Ont signé pour et au nom des médecins de la Province de Québec étudiant à Paris, ainsi qu'ils en ont été autorisés à l'assemblée du douze novembre :

Philippe Panneton, M.D.,
diplômé de l'Université de Montréal, 1920.

Gustave Desrochers,
diplômé de l'Université Laval, 1922.

P. S.—La Faculté Laval a trouvé la chose si importante que, lors de la séance de novembre dernier, elle a fait écho à cette protestation des étudiants canadiens à Paris et en a informé le comité exécutif du Collège des Médecins. La Faculté tient de plus à que cette lettre soit immédiatement publiée dans le "Bulletin Médical", afin que la profession soit au plus tôt mise au courant de cet état de chose regrettable et qu'il importe de corriger.

ACTUALITES.

Nous apprenons avec plaisir que M. le Docteur Rousseau, doyen de la Faculté, ainsi que M. le Dr Arthur Vallée, ont été nommés "membres correspondants de la Société médicale des Hôpitaux de Paris".

Nos félicitations aux titulaires pour cet honneur qui n'est pas banal du tout. Car, à l'égal de l'Académie de Médecine, et de la Société de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux de Paris, jouit d'un grand crédit en Europe.

* * *

Le congrès de médecine, tenu à Montréal en septembre dernier, a eu de l'écho en Europe. De retour dans leur pays, les médecins français se sont plu à faire des communications devant leurs sociétés respectives dont ils étaient les délégués.

"La Presse Médicale",—"Le Progrès Médical",—"Paris Médical",—le "Bulletin Médical", ont consacré des articles concernant le Canada et les médecins canadiens-français.

Le professeur Achard, devant l'académie de médecine, Monsieur le Docteur Gastou, devant la Société Médicale de Paris, ont dit des choses fort aimables à l'adresse des Canadiens-Français.

Le Dr Gastou a résumé son rapport, en disant : "Les Canadiens-Français veulent rester français animés d'un ardent amour pour la partie d'origine à laquelle ils sont restés fidèles depuis des siècles, ils veulent être le fils de coeur et d'esprit de la France.

"J'espère et souhaite de tout coeur que la Société Médicale de Paris comptera parmi ses membres un grand nombre de Canadiens."

"Je propose à la Société de nommer dès maintenant des membres d'honneur canadiens et de saisir notre bureau de cette proposition."

* * *

Avec le présent numéro, le "Bulletin Médical" termine sa vingt-troisième année d'existence. En prenant la direction de cette revue, nous nous étions proposé d'en faire le "journal du praticien". Y avons-nous réussi? Comme nous ne jouissons pas encore, à l'égal de nos législateurs, du privilège d'être juge dans notre propre cause, nous nous récuserons. Nous laisserons aux lecteurs du "Bulletin" le soin d'y répondre.

A ce propos, nous réitérons l'avis bien amical que nous publions un jour, à savoir de nous faire connaître leur avis sur notre journal, sur ce qu'ils voudraient qu'il fût, ou encore de nous dire quels sujets ils aimeraient à voir traiter dans notre périodique. Et puis, que nos amis se rassurent. S'ils nous disent du bien, nous ne sommes pas assez vaniteux pour en faire parade. S'ils nous disent du mal, il nous reste encore assez de bon sens pour nous réformer.

Enfin nous manquerions à notre devoir si nous ne disions un gros merci à ceux qui nous ont apporté le précieux concours de leur collaboration. Plus que jamais, leurs communications seront les "bienvenues", dans les pages de notre revue.

* * *

Deux fois dans le cours du mois de novembre dernier, l'Université de Montréal avait la douleur de voir consumer par le feu, du moins en grande partie, deux de ses principales bâtisses : l'université elle-même et l'école dentaire. C'est une perte douloureuse, et nous nous associons de tout coeur au sentiment public pour sympathiser avec les autorités universitaires.

Une perte quasi irréparable, du moins d'ici à quelques années, c'est celle de la collection de pièces anatomo-pathologiques. Ce musée pathologique, composé de plus de 600 specimens, était l'oeuvre de plus de 20 années de travail. Il ne contribuait pas peu à l'enseignement médical dans cette institution. Il faudra bien des années pour reconstituer une collection de pièces aussi nombreuses et aussi instructives pour les élèves.

* * *

Le 29 novembre, le Dr Arthur Leclerc, nouveau gouverneur du Collège des médecins, réunissait à sa résidence un certain nombre de ses confrères de la ville de Québec. Une quarantaine de médecins répondirent à son aimable invitation.

L'objet principal de cette réunion était l'étude du projet des amendements à la loi médicale, *re* tarif médical, exercice illégal de la médecine, etc. Le bill fut étudié et commenté clause par clause, et unanimement les médecins en assemblée signèrent une pétition à l'adresse de nos législateurs.

Comme on le sait, cette pétition n'a pas eu le don de les émouvoir. En effet notre bill est sorti du comité de législation, amputé de ses principales clauses. Les pharmaciens, les dentistes, les fabricants de drogues, les députés en mal d'une élection prochaine, ont apporté des raisons plus convaincantes que les nôtres.

Par contre les représentants du Bureau de médecine ont reçu, une fois le massacre du bill accompli, bien des "*consolations*" de certains ministres.

En effet ceux-ci, après avoir pleuré dans le gilet de nos médecins, leur ont promis un meilleur traitement...l'année prochaine.

Cela me fait penser à cette fumisterie que je lisais dans la vitrine d'un figaro, à Paris: "Demain, nous raserons gratis".

Après que le Dr Leclerc eût fait royalement les honneurs de l'hospitalité, le Dr Rousseau nous entretient quelques instants de ses projets d'amélioration pour l'enseignement médical à Québec. Il parla de l'agrandissement de l'école de médecine, et de l'Hôtel-Dieu, de l'amélioration de nos laboratoires, de la nomination dans un avenir prochain de professeurs de carrière, et de la construction d'un grand hôpital avec toutes les améliorations modernes, toutes choses pratiquement décidées, dit-il.

* * *

Nous nous associons aux membres de la société médicale d'Arthabaska pour déplorer la perte de leur estimé confrère, le Dr Garneau, de Princeville. Celui-ci a trouvé une mort tragique en tombant dans un escalier, et cela en répondant, la nuit, à un appel au malade.

"Il est mort au champ d'honneur", pour employer une expression militaire.

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

