

PAGES

MANQUANTES

FÉVRIER 1903

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 241—Du traitement du Trachome..... *L. O. G.*
247—Leçon d'ouverture..... *S. G.*
257—De l'iritis d'origine nasale..... *L.-C. B.*

ANALYSES

MÉDECINE

- 269—Les intoxications par l'adrénaline..... *Eug L.*
270—Traitement médical de la péritonite tuberculeuse..... *R, F.*
271—Les mouvements de l'intestin étudiés à la radioscopie..... *D.*
272—Incontinence nocturne d'urine chez les enfants.. *R. F.*

CHIRURGIE

- 273—Traitement des pseudarthroses par l'agrafage métallique..... *C. D.*

HYGIÈNE

THÉRAPEUTIQUE HYGIÉNIQUE

- 275—La cure d'altitude et les sanatoria..... *R. F.*

SOCIÉTÉS MÉDICALES

- 277—Société médicale de Portneuf..... *Ths. S.*

DISCOURS

- 280—Discours du Dr D. Brochu.....

Cie des Médecines Patentées Françaises

130, RUE ST-DENIS, MONTREAL.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE FRANÇAIS

Qualité irréprochable.

Sécurité absolue.

DOCTEURS !

LORSQUE VOUS ACHETEZ VOS INSTRUMENTS
IL EST NÉCESSAIRE QU'ILS VOUS DONNENT
COMPLÈTE GARANTIE, SÉCURITÉ ABSOLUE.

SEULS LES INSTRUMENTS

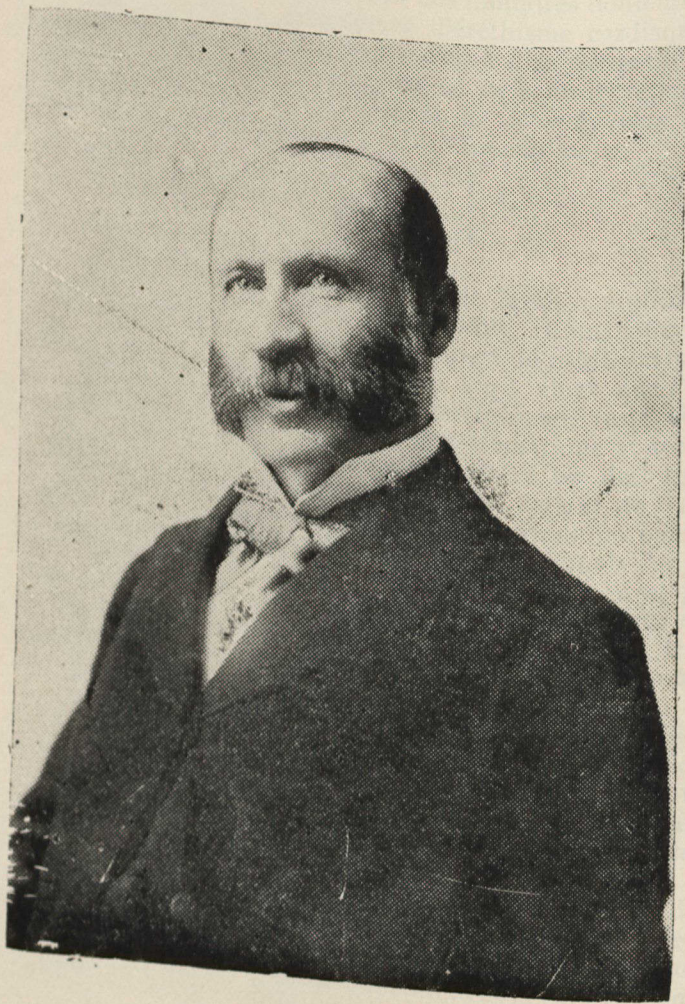
MATHIEU DE **PARIS**

REPLISSENT CES CONDITIONS, PARCE QUE

- 1° Leur qualité, leur trempe sont supérieures.
- 2° Qu'il ne s'altèrent ni ne se détériorent jamais.
- 3° Qu'ils durent une vie et plus.
- 4° Qu'ils ne nécessitent pas les coûteuses et fréquentes réparations des instruments à BON MARCHÉ.
- 5° Qu'ils libèrent l'opérateur de toute inquiétude quant à la solidité de son instrument.
- 7° Qu'ils sont forgés à la main si non à la machine, c'est-à-dire travaillés un à un et soigneusement finis dans toutes leurs parties, alors que l'instrument bon marché est bâclé à la grosse.

Avant d'acheter, souvenez-vous que le bon marché revient toujours très cher.

DEMANDEZ PRIX ET CATALOGUE



FEU LE DR ARTHUR VALLÉE

Professeur à l'Université Laval, membre de la société psychologique de Paris, membre de la société de médecine mentale de Belgique, surintendant médical de l'Asile de Beauport, vice-président du bureau provincial de médecine.

Aujourd'hui, toute la profession médicale de cette province est en deuil, le drapeau est en berne à l'Université Laval, la science médicale porte un crêpe, un de ses plus fervents adeptes vient de descendre dans la tombe.

Le Docteur Arthur Vallée s'est paisiblement éteint dans la soirée de vendredi le 23 du courant, à peine âgé de 54 ans, entouré de sa famille en pleurs et de ses collègues affligés.

D'autres ont pu faire plus de bruit, bien peu ont eu une carrière plus remplie, aucun n'a fait mieux que lui.

Entré à l'Université Laval en 1867 après de fortes études classiques, il en sortit en 1873 avec le titre de docteur en médecine brillamment conquis qui lui ouvrait à deux battants l'entrée de la faculté de médecine. De retour d'un long voyage d'études en Europe, il occupa successivement les chaires de toxicologie et médecine légale, de clinique médicale à l'Hotel-Dieu, puis d'obstétrique, de maladies mentales, de déontologie, d'Histoire de la médecine. Comme professeur il a été hors de pair. Erudit, clair, précis, maître d'une belle langue qu'une diction parfaite rendait encore plus savoureuse, il a été jusqu'à la fin de sa vie l'orgueil de son école, et de la profession médicale canadienne-française, favori du public pour qui ses conférences scientifiques étaient un vrai régal intellectuel.

Esprit lucide, d'un jugement sur, travailleur infatigable, avide de s'instruire et de bien connaître, se plaisant davantage aux études médicales spéculatives qu'au terre-à-terre de la pratique journalière, il s'était surtout spécialisé aux affections mentales qui s'alliaient mieux à son esprit philosophique.

Sa position d'ailleurs de surintendant de l'Asile des aliénés de Beauport lui avait ouvert un vaste champ d'études dont il avait su tirer, pour toutes les questions touchant aux maladies mentales et nerveuses, une compétence et une autorité incontestable.

D'une droiture et d'une loyauté qui ne s'est jamais démentie il avait depuis longtemps pris dans la profession médicale une position prépondérante, que ses talents, sa haute culture lui eussent suraïent d'ailleurs. C'était un intellectuel, sa personnalité s'imposait.

La maladie qui devait avoir raison de son énergie et de sa vigueur, l'avait depuis quelques années un peu éloigné de ses confrères. Mais il n'en avait pas moins travaillé à résoudre les problèmes pour l'avancement de la profession, toujours en se laissant guider par des motifs d'ordre supérieur. La profession médicale n'oubliera jamais qu'en septembre dernier, il s'est arraché de son lit de souffrance, pour venir à la réunion du bureau des gouverneurs présenter et faire sanctionner un projet de refonte de la loi médicale par l'admission à l'étude, ayant pour base un cours classique complet. Il avait tenu aussi faire un effort pour protester avec ses collègues contre la fédéralisation de l'enseignement médical telle que demandée par la loi Roddick.

Causeur brillant, spirituel et délicat, fin lettré, distingué de manière et de goût affiné, il laisse dans le cercle d'intimes, où son cœur généreux se livrait volontiers, un souvenir eudouillé de tristesse.

Nous n'oublions pas que notre distingué confrère était l'un des membres fondateurs de notre société médicale et du Bulletin qui ont toujours trouvé en lui un conseiller disc. et, avisé et loyal.

Le Bulletin offre, en ce jour de deuil pour tous, à madame Vallée et sa famille, l'expression cordiale de sa plus vive sympathie, et de ses regrets.

LA RÉDACTION.

24 janvier 1903.

DU TRAITEMENT DU TRACHOME

EXPOSÉ SOMMAIRE DES DIFFÉRENTS MOYENS EMPLOYÉS POUR
COMBATTRE L'OPHTALMIE GRANULEUSE.

Par le Dr L. O. GAUTHIER, Québec.

Il n'est pas de notre intention d'aborder la question dans tous ces détails mais bien plutôt d'en faire un résumé succinct qui nous permettra de constater malgré les nombreux et différents modes de traitements adoptés, le peu de résultats satisfaisants obtenus jusqu'ici.

Le trachôme est un mal général, il est plus mauvais dans ses suites qu'un grand nombre de maladies contagieuses, il cause une complète cécité, ou il cause une plus ou moins grande incapacité au travail ; il affecte surtout la basse classe du peuple qui travail et qui n'a qu'une bien faible idée de la propreté du corps, de l'hygiène, qui n'a souvent pas ce temps ni même n'est en état d'y faire attention.

Il semble que, dans ces derniers temps, la conjonctivite granuleuse a été fréquente dans les pays de l'Europe orientale ! En Turquie, dans la Grèce, en Galicie, en Russie, dans la Pologne, en Prusse et en Autriche.

Selon Heichberg, on trouve le plus de cas du Trachome en Russie, notamment à Moscou et St-Petersbourg. Cetnarovicz donne une proportion de 40 pour 100 à Varsovie, par contre Hirschberg notait qu'en Suisse sur 30,000 malades, il y en avait 6 seulement atteints du trachome, la même proportion dans le district du Puttusk, (gouvernement de Varsovie) d'après les statistiques établies en 1901 (septembre) par Cetnarovicz.

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

Potechin en 1895 démontre que le trachôme parmi les soldats de l'armée russe ne fait qu'augmenter chaque année malgré les traitements institués. En Allemagne en 1897, Hirschberg nota dans une des séances de la Société des Médecins de Berlin, que visitant par ordre du gouvernement les provinces prussiennes, il s'est convaincu que le trachôme y fait d'effroyables ravages, surtout dans la classe pauvre, aux écoles élémentaires il monte jusqu'à 20 pour cent ; le nombre, aux collèges d'enseignement supérieur, n'atteint que 5 pour cent.

Tout cela prouve que partout où il y a de plus grande réunion d'hommes, soit qu'ils demeurent ensemble, soit qu'ils passent ensemble une certaine partie du jour, cela fournit de favorables occasions pour le trachôme ; il faut y ajouter encore que les mauvaises conditions hygiéniques favorisent la propagation de cette maladie, ainsi casernes, prisons, écoles. . . en général tout rassemblement d'individus est favorable à la communication du trachôme.

Si nous parlons de ces statistiques, notre but n'a qu'un point de départ, celui de démontrer qu'il est temps de prendre des mesures nécessaires pour empêcher une maladie aussi grave de devenir un fléau pour le Canada. Déjà dans plusieurs paroisses du Lac St Jean, les granulations font ravages, on pourrait également dire la même chose de la paroisse des Eboulements et des paroisses environnantes dans le Comté de Charlevoix. Il est donc nécessaire avant que le trachôme n'ait pris une plus grande extension. Ce qui ne pourrait manquer d'avoir lieu avec tous les immigrants qui nous arrivent et pour la plupart trachômoteux d'étudier qu'elles ont été les modes de traitements employés dans les différents temps.

Le commencement du traitement de l'aphthalmie granuleuse date du temps d'Hippocrate, qui frottait la conjonc-

tive avec un écheveau de laine brute et il brûlait la surface saignante au fer rouge et appliquait de l'onguent à base de cuivre. L'ancien médecin fait de grands éloges de ce moyen de guérir les aspérités de la conjonctive (c'était ainsi qu'on appelait le trachôme.) L'école d'Alexandrie raclait les granulations à l'aide d'une feuille de figuier, Sévère les cautérisaient avec l'onguent de cuivre, Rhazès les détruisaient à l'aide d'une petite curette tranchante ; au XVIII^e s. Woolhouse les frottaient avec une brosse de barbe d'épis de blé.

Pendant l'épidémie du trachôme dans l'armée de Napoléon I, on travailla à guérir les malades par l'art chirurgical ; ainsi Lites, Stellweg coupaient les granulations avec des ciseaux, on faisait des scarifications profondes et les brûlaient avec du sulfate de cuivre. En 1859, Borelli fait le brossage ; Desmarres racle les grains, Cinguet les presse, Suellen, Galezowski extirpaient les parties de la conjonctive atteintes de granulations ; Pagenstecker et Castomyris emploient le massage, le premier avec l'onguent au bioxyde jaune de mercure, le second avec l'acide borique réduit en poudre fine. Reich, après avoir employé la cocaïne détruit les granulations à l'aide du galvanocautère.

Dransart conseille les injections sous conjonctivales de sublimé à 1 millième soit seules ou en combinaison avec la scarification et le brossage. Sattler de Prague emploie la scarification et le raclage à l'aide d'une curette tranchante (il tourne la paupière supérieure avec une pince spéciale ; scarifie, et applique le raclage partout où il trouve le tissu trachomatex ; après les scarifications et le curettage il applique le sublimé puis le sulfate de cuivre.

Abadie de Paris est partisan du brossage et des lavages au sublimé à 1 cinq centième.

Darier se sert d'un moyen chirurgical très énergique ; lors d'une blepharospasme prononcé, il débride la commissure externe

et en cas d'envahissement non seulement de la conjonctive mais de la caroncule, de la conjonctive bulbaire, il applique le blepharostat, s'empare à l'aide pince de la conjonctive bulbaire, gratte et brosse la surface ainsi que le pannus ; sur ce dernier, il agit avec des précautions pour ne pas entraîner le tissu sain ; il excise la caroncule infiltrée.

Ensuite, il procède à la scarification en commençant par la conjonctive palpébrale inférieure pour ne pas être gêné par l'hémorragie de la supérieure, puis il enlève avec la curette le contenu des granulations alors il pratique un brossage soigné de toute la surface cruentée, avec une brosse en crins durs trempée dans une solution de sublimé ou de cyanure. Pendant les jours suivants il emploie ces lavages antiseptiques et pour diminuer l'irritation ; il attouche avec la glycerole de Plomb ou toute autre substance catarctique.

Pour éviter le symblepharon post opératoire, Darier retourne les paupières dès le lendemain ou rompt les adhérences au moyen d'une sonde.

En 1811, Henri Walker essayait le premier d'innoculer sur la conjonctive trachéomanteuse du pus Blennorrhagique ; le même moyen était appliqué avec différents résultats par Jeager, Hamilton, Warlemont, Bader, Desmarres, Sichel, Panas, Abadie, Poncet, et plusieurs autres, on remarquait pourtant que le Jequirity et l'inoculation blennorrhagique sont des choses extrêmes.

Coppez fils, de Bruxelles, au Congrès international d'ophtalmologie tenu à Utrecht en 1899, conseille d'employer l'électrolyse avec la petite fourchette en acier de Wecker. La force du courant doit être de 4 à 5 milliampères. On fait cette opération sous chloroforme et après on met pansement pour 24 heures ; ensuite on frotte la conjonctive avec sublimé 4/1000. En cas de pannus épais, le 4e ou 5e jour après électrolyse, il badigeonne

la conjonctive avec une macération de jequirity à 5/100. Selon Coppez, la guérison exigerait 3 à 6 semaines.

Masselon recommande le moyen abandonné de guérir par Jequirity infusé ; 3, 5 pour cent, ou sous forme de poudre qu'il jette sur la conjonctive, et après quelques minutes, il lave soigneusement avec une solution antiseptique.

Reichmann, un des plus célèbres scrutateurs du trachome, rend la préférence au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent, il est opposé aux solutions mercurielles, aux scarifications, au raclage parcequ'ils causent une cicatrice conjonctivale, cependant il conseille d'ouvrir et d'évacuer les granulations.

Comme on le voit, la quantité des moyens employés à guérir le trachome se prononce contre eux. Il nous semble donc que le premier et le plus simple des moyens, est la propreté en général, et surtout des mains, du visage et des yeux. Comme la nature du trachome nous est inconnue et que l'existence du trachome comme maladie spéciale paraît gagner à chaque jour plus d'adeptes, il est difficile de trouver contre lui un remède sui generis.

Le combat est d'autant plus difficile que l'ennemi est inconnu ; depuis des siècles, il tourmente l'humanité, de même depuis des siècles l'humanité le combat infructueusement.

Parmi les moyens proposés nous avons choisi, la propreté, la cautérisation avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, enfin le brossage si les cautérisations n'ont pas réussi. Tous ces remèdes sont plus ou moins bons. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que dans chaque cas il faut tenir compte des indications spéciales du sujet et de la gravité de la maladie.

Pour ma part parmi les 50 ou 60 cas que j'ai eu l'occasion de traiter plus ou moins longtemps, (parce que les malades ne sont pas toujours disposés à subir le traitement adopté, et aussi très souvent, parceque les malades n'éprouvant un soulagement

sinon immédiat du moins après quelques jours de traitement; ne se gênent pas de mettre le médecin en cause et se livrent à leurs violences naturelles à son égard.) Je dois dire que, malgré les cautérisations telles que mentionnées ci-dessus, les brossages et tous les traitements, préconisés jusqu'ici, les résultats n'ont pas été favorables du moins pour la majorité des cas aussi ce serait avec plaisir que j'écouterais Messieurs les oculistes discuter cette question émettre leurs idées, leurs opinions et dire devant le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, quel est le mode de traitement qui leur a été le plus favorable.

—000—

Le "SANMETTO" dans l'Urétrite et l'Incontinence d'urine

Ayant eu d'excellents résultats avec l'emploi du "SANMETTO" dans les maladies génito-urinaires, je suis convaincu que ce remède possède des propriétés curatives depuis que je l'ai employé dans le cas d'un garçon âgé de 12 ans qui souffrait d'une rebelle urétrite accompagnée d'incontinence. Le malade avait préalablement consulté deux ou trois médecins sans résultat, et me demanda de le guérir ou sinon de ne rien prescrire pour lui. Je lui prescrivis la formule suivante :

R

Huile-santal, 3ij
Sanmetto g. s. ad 3iv
 inx.

Sig.

Un drachme toutes les 4 heures.

En même temps repos au lit et diète appropriée au cas. Dans dix jours il était bien et ne présentait plus aucun symptôme des troubles précédents. A l'avenir je connaîtrai le spécifique pour ces cas là. J'ai toujours obtenu de bons résultats, de l'emploi du "SANMETTO."

WYATT C. HATCHEN, M. D.

Brunswick, Georgie.

LEÇON D'OUVERTURE

(Par le Dr S. GRONDIN, professeur d'obstétrique à l'Université Laval)

En ce jour ou pour la première fois j'occupe cette chaire, ma pensée se reporte tout naturellement sur l'homme de bien, l'homme de talent et le professeur dévoué que fut mon prédécesseur feu le docteur Vallée.

Par sa mort disparaît une des plus belles figures du corps Médical de la Province de Québec.

Ses confrères le regrettent ses amis le pleurent, la voix publique fait son éloge ; mais qui mieux que vous, Messieurs, peut apprécier la perte que nous venons de faire.

C'est à vous ses élèves qu'il donnait le meilleur de sa vie, la quintessence de son savoir ; et tout cela en une langue châtiée en une phrase précise, avec une diction parfaite.

La carrière du Dr Vallée fut, — malheureusement pour la science—trop courte mais il réalisa la maxime du sage et en peu d'années fit beaucoup de choses.

Pour ne nous occuper que de sa carrière obstétricale, ce fut en 1885 qu'il vint occuper cette chaire.

A peine arrivé, dès 1887 il mit la maternité sur un nouveau pied scientifique en établissant l'usage de l'antiseptie en obstétrique.

Non content de ce perfectionnement il continua les modifications nécessaires pour maintenir la science obstétricale au courant des dernières découvertes et en 1888 inaugura une nouvelle salle d'accouchement.

Enfin, jusqu'alors la maternité se trouvait sans service Médical la nuit. Comprenant les graves inconvénients qui résul-

taient de cet abandon, le Dr Vallée installa le premier interne en 1893.

Telle fut dans sa carrière obstétricale—le travail accompli par celui dont aujourd'hui je recueille la lourde succession.

Je dis lourde, et elle l'est vraiment, aussi aurai-je besoin de toute votre indulgence.

Succéder à un homme de talent, élever la voix dans une salle encore toute remplie de son éloquence, c'est déjà une tâche bien dure ; mais, outre les difficultés résultant du savoir de mon prédécesseur, je me trouve pris au dépourvu.

La mort, toujours brutale et aveugle, est venue frapper le Dr Vallée dans toute la force de l'âge.

C'est en quelque sorte. " au pied levé " que je suis obligé de faire mon cours.

Pendant, avec un peu de bonne volonté de votre part et beaucoup de travail et de dévouement de la mienne j'espère pouvoir mener à bonne fin ce cours d'obstétrique.

Avant de s'aventurer sur une route nouvelle il est toujours bon d'éclaircir le terrain, d'y poser des jalons et des points de repère. Ainsi ferons nous pour notre cours.

Je compte vous donner aujourd'hui, avant de commencer le cours proprement dit, un programme, une division à laquelle nous reviendrons toujours au fur et à mesure de l'avancement de notre travail.

" Étant une femme qui se croit enceinte et vient nous consulter, reconnaître la grossesse, la surveiller et la conduire sans encombre jusqu'au terme, faire que l'enfant naisse vivant, en présentation du sommet, que la délivrance soit simple et complète et les suites de couches aseptiques." C'est la pratique résumée de ce que Guillemeau appelle : *L'heureux accouchement*.
"Varnier"

Suivant ici l'exemple de Varnier nous omettrons tout ce qui regarde l'anatomie de l'utérus et ses annexes, la physiologie de la menstruation et de la fécondation, l'embryologie etc.

Ces différentes matières font partie des cours des messieurs les professeurs Simard et Ahern, nous n'avons point à y revenir ici. Comme le dit Nargele, cité par le même auteur. " C'est l'expédition qui est notre affaire et non point la fabrication. "

En revanche nous débiterons par l'étude de l'antiseptie et de l'aseptie qui sont la base, le *fondement* de l'obstétrique comme de la chirurgie.

On ne peut plus aujourd'hui faire un accouchement sans leur concours, au risque de se rendre coupable d'une criminelle incurie.

Nous ferons une étude toute spéciale du palper abdominal, cette méthode par excellence du diagnostic différentiel des présentations chez une femme à terme ou près du terme.

Nous insisterons tout particulièrement sur les relations intimes qui existent entre l'état puerpérale et les maladies gynécologiques.

Enfin, comme je m'adresse ici à des étudiants catholiques je compte parler également de la question du baptême.

PROGRAMME

Il se divise en 8 parties principales :

- | | | |
|----|-------------------|--|
| I | De la Grossesse | 1. Signes de la Grossesse.
2. Diagnostique de l'âge de la Grossesse.
3. Hygiène de la Grossesse. |
| II | De l'Accouchement | 1. Phénomènes de l'accou. en général.
2. Présentation du Sommet.
3. Mécanisme de la Pres. du Sommet.
4. De la délivrance. |

5. Des soins aux nouveaux nés.
6. Suites de couches physiologiques.
7. Présentation de la face.
8. Présentation du siège.
9. Présentation des épaules.

III Grossesse et accouchements multiples.

IV Dystocie

V Opéra. obstétricales 1. Du Forceps.

- 2 De la Version.
3. Accouchement prématuré actif.
4. De la Symphysiotomie.
5. De l'op. Césarienne.

VI Pathologie de la Grossesse.

VII Pathologie des suites de couches.

VIII Des maladies et opérations gynécologiques dans leurs rapports avec la puerpéralité.

Antiseptie et Aseptie Obstétricales

Je vous disais tantôt qu'avant de traiter de notre sujet proprement dit j'allais vous toucher un mot de la pratique antiseptique.

Il est, en effet, de toute nécessité que l'accoucheur, en présence d'une parturiente ou d'une nouvelle accouchée, apporte à son travail deux préoccupations fort importantes.

1. Il doit employer les moyens propres à éviter l'Hétéro-infection.

2. Il doit détruire ou paralyser l'Auto-infection,

I Hetero infection

L'infection peut être apportée par :

les mains

les instruments

les liquides de lavage

les objets de pansement

Comment faut-il assurer l'aseptie de ces différents porteurs de microbes.

Antiseptie des mains

Il est évident que pour ne pas apporter de microbes étrangers il y aurait un moyen ce serait de " ne pas toucher les femmes en travail ".

Personne n'a préconisé le renoncement absolu au toucher. Léopold est l'accoucheur qui a fait le plaidoyer le plus chaud en faveur de l'exploration externe de préférence à l'exploration interne.

Il recommande d'éviter toute exploration interue " pour peu que la chose soit possible ".

Il faut dit-il, que le médecin soit bien convaincu qu'il peut *en cas de nécessité* diriger un accouchement normal avec le *seul secours de l'exploration externe*.

Pinaud développe la même argumentation.

Varnier—comme critérium d'abstention ou de non-abstention en fait d'exploration interne, fait la *supposition suivante*—
" Un praticien vient de faire, il y a quelques heures, un accouchement ou une délivrance dans un cas de putréfaction focale intra-utérine. Il est appelé auprès d'une autre parturiente et *ne peut se faire remplacer*.

Le travail ne fait pas de doute.

Le palper ne révèle rien d'anormal.

L'auscultation dit que l'enfant ne souffre pas. Le praticien *peut-il s'abstenir* de pratiquer une exploration interne qu'il *juge périlleuse* pour la femme ? Non-seulement il le *peut* mais il le doit. Dans les délais légaux, les battements du cœur restent bons voici que surviennent à chaque douleur des envies de pousser. La dilatation est complète ou va l'être. Si vous ne sortiez pas vos mains d'un foyer d'infection ce serait le moment de vous assurer que la dilatation est complète et de rompre les membranes.

Pouvez-vous, dans les conditions envisagées, vous *abstenir* de cette exploration ? et de cette intervention ? Non-seulement vous le *pouvez*, mais le *devez*.

Evidemment il y a quelq'inconvénient si la poche ne se rompt pas spontanément, à la laisser venir à la vulve. Mais qu'est cela en regard du danger d'injection ? Les battements du cœur restent bon, le périnée tombe, la vulve s'entrouvre. Tout marche à souhait. *Abstenez-vous*.

La poche à la vulve résiste encore. De vos mains suspectes vous pouvez sans danger pour la femme, la crever à l'aide de ciseaux aseptiques ou de l'extrémité de votre perforateur.

Voici la circonférence sous-occipito-bregmatique. Il faudrait maintenir la tête pour éviter une déchirure *possible*. Vous avez à vous demander si la déchirure *possible* du périnée vaut que vous fassiez courir à la patiente les risques d'une infection.

C'est le moment de vous rappeler le grand nombre de femmes accouchant sans assistance. *Abstenez-vous*.

L'enfant expulsé, le cordon lui est coupé sous votre direction par une matrone du voisinage, il n'y a *pas d'hémorragie*. Le *palper* vous fait sentir à l'ombilic le fond de l'utérus bien retractoré.

Une demi-heure plus tard le fond de l'utérus est à quatre travers de doigt au dessus de l'ombilic. Il y a donc lieu de

penser que le placenta est décollé. *Attendez*, voici que le fond s'abaisse, que réapparaissent les efforts expulsifs. Réprimez-les, et de votre main gauche appliquée à l'hypogastre poussez, à votre volonté, doucement, petit à petit, le placenta dehors.

Tout est terminé sans que vous ayez eu à intervenir par le toucher! qui pourrait vous blâmer de cette abstention voulue et raisonnée?

Mais la *présentation est mauvaise*, vous ne pouvez la rendre bonne par des manœuvres externes. Vous êtes en face d'un cas de *force majeure*.

Qui pourrait vous blâmer de votre intervention puisque vous êtes seul à pouvoir agir?"

Maintenant comment dans la pratique quotidienne peut-on réaliser l'*asepsie des mains*?

En cela, Messieurs, vous n'avez qu'à suivre la méthode que je vous ai décrite dans ma clinique à l'Hôtel-Dieu sur ce même sujet, et que, vous nous voyez mettre en pratique tous les jours.

En tout cas faites en sorte d'éviter le reproche lancé par le professeur Bouchard lorsqu'il dit: " Il est encore beaucoup de médecins ralliés, à l'Antiseptie par bienséance plus que par conviction; qui ne s'acquittent de ce devoir que comme d'un vain cérémonial, ils purifient leurs mains avant l'opération comme on fait les ablutions lustrales dans nos églises. "

Il me reste à parler des gants de caoutchouc en obstétrique, je crois être le premier qui les ai employés à Québec et depuis juin 1902, je n'ai jamais fait un accouchement sans recourir à leur usage.

Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients?

Avantages: Lorsqu'un médecin durant la journée s'est trouvé en contact avec des substances septiques—abcès, autopsie etc—l'usage des gants est indispensables pour faire un accouchement.

Et n'allez pas m'objecter la théorie développée par Varnier à propos de la façon de conduire un accouchement par des manœuvres externes. Il faut en effet vous rendre bien compte que ce mode de procéder demande une longue pratique et que ce n'est pas au commencement de votre carrière que vous pouvez l'employer.

Outre le cas particulier d'infection des mains ces gants sont-ils utiles en règle générale ? Je n'hésite pas à déclarer que oui.

Étant donné la difficulté qu'ont les médecins qui savent se laver les mains, d'obtenir une aseptie absolue, étant donné également le grand nombre de ceux qui ne savent pas le faire je les crois presque indispensable.

INCONVÉNIENTS

Leur seul inconvénient est de coûter un peu cher. On pourrait, en effet, m'objecter que le pauvre praticien de campagne, obligé de faire le plus souvent des accouchements à un prix ridicule ne peut guère se donner ce luxe. Cependant je crois pouvoir vous prouver que ce n'est pas là une réelle objection. Vous pouvez, avec quelque soin, faire au moins 8 accouchements avec une paire de gants. Leur prix, à la douzaine revient à 80 c. la paire ; par conséquent c'est 10 c. de dépense pour un accouchement. Une dépense aussi minime pour l'application d'une méthode qui peut sauver la vie d'une malade, doit-elle être prise en considération ? Évidemment non. Aussi je vous engage fortement sinon à faire comme moi tous vos accouchements avec des gants, au moins de vous en servir toutes les fois que vos mains seront infectées.

Rappelez vous toujours cette maxime "Primo non nocere".

II.—Auto-infection.

On premier lieu il faut, autant que possible désinfecter les organes génitaux externes et la périnée.

Il faut pour cela :

1. Savonner à l'eau chaude et frotter en même temps, à la main ou avec un tampon d'ouate aseptique, la vulve et ses approches.
2. Rincer à l'eau chaude pour enlever le savon.
3. Laver à l'alcool.
4. Laver au sublimé ou au bichlorure à 1/4000.

Cette désinfection externe faite il faut veiller au maintien de l'aseptie des suites de couche.

Depuis dix ans je la maintiens en faisant la toilette vulvaire antiseptique et en maintenant de façon permanente, de l'ouate stérilisée. Tarnier pourtant s'est toujours refusé à l'aseptie "post-partum"—"J'affirme, disait-il, que si les injections sont données sous faible pression après toilette vulvaire, avec un injecteur et une canule propre ; si la personne injectant s'est bien lavée les mains, l'injection ne peut causer d'accidents. Mais ici à Québec, à cause de la difficulté de trouver des gardes-malades entièrement de confiance, je me suis presque toujours vu obliger de me borner simplement à la toilette vulvaire anti-septique.

Toute femme dont la température atteint 38° doit recevoir immédiatement une injection intra-utérine de 2 litres de bichlorum au 1/4000. Cette injection sera renouvelée 12 heures plus tard si la température ne s'abaisse pas. Au cas où, malgré ces deux injections intra-utérines, la température vient à s'é-

lever; il faudra recourir au traitement curatif de la Fièvre Puerpérale.

Je compte dans ma prochaine leçon entrer dans le vif du sujet, et, fidèle à ma division, vous parler des signes de la grossesse.—

—000—

*Le "SANMETTO" dans l'hypertrophie de la prostate
accompagnée de cystite.*

Le Dr J. M. Minick, de Wichita, Kansas, Président du Conseil d'Hygiène de cet état, parlant de son expérience personnelle au sujet du "SANMETTO" dit: "Je n'explique pas l'action du Sanmetto par aucun autre motif (ou dans le but de réclame) que parce que je le crois réellement une providence pour les malades, souffrant d'hypertrophie prostatique compliquée de cystite chronique, avec ténesme vésical prononcé, surtout la nuit.

—000—

*Le "SANMETTO" dans l'hypertrophie prostatique avec complications
vésicales*

J'ai attendu pour exprimer une opinion qu'un cas se présente à moi dans lequel je puisse faire un essai critique du "SANMETTO." Finalement un cas d'hypertrophie prostatique avec complications vésicales sérieuses s'est présenté à moi, pour lequel j'ai été à même d'employer ce remède, et le résultat a été que médecin comme malade ont été pleinement satisfaits des résultats. A l'avenir le SANMETTO prendra place dans ma pharmacie pour le traitement de cas semblables.

J. NEWTON SMITH, M. D.

Barton, Floride.

DE L'IRITIS D'ORIGINE NASALE (1)

Par le Docteur L.-C BACHAND, Sherbrook.

On peut affirmer aujourd'hui que toute iritis dérive d'une infection.

C'est ainsi que, à côté des deux grandes causes étiologiques de l'iritis, la syphilis et le rhumatisme, l'origine infectieuse peut avoir pour point de départ n'importe quel organe : l'utérus, l'urèthre, l'oreille moyenne etc. Les toxines lancées dans le courant sanguin peuvent arriver à la rétine, à l'uvée, à l'iris etc., et provoquer des rétinites, des uvéites et des iritis infectieuses.

L'Iritis dite idiopathique doit donc être rayée du cadre nasologique.

L'origine nasale a été longtemps méconnue. Son étude est le résultat des progrès accomplis en rhinologie dans ces dernières années. La première observation sur ce sujet, due à Ziem, ne remonte qu'à 1888. Ziem observa une iritis très douloureuse ayant résisté aux traitements ordinaires et qui guérit dès que l'on évacua une quantité de pus fétide de la cavité nasale. Cependant cette opinion n'a pas rallié tout d'abord beaucoup de partisans. Dans la discussion de l'empyème du sinus maxillaire qui eut lieu en 1889 à la société de médecine de Vienne, dit Ziem, plusieurs auteurs ont même nié l'existence d'un rattachement positif du trouble nasal aux affections oculaires. Seul le professeur Koenigstein, de l'Université de Vienne, c'est déclaré en faveur de cette thésorie.

Mais, tout de même, l'attention était attirée sur le sujet et des observations nouvelles sont venues prouver qu'il existe une

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française, tenue à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

grande relation entre les maladies des fausses nasales et les maladies oculaires, montrant la nécessité pour l'oculiste d'être en même temps un rhinologiste.

Les observations d'iritis que j'ai faite sont dues à une rhinite purulente, à une sinusite maxillaire, à une déviation de la cloison nasale avec rétention de muco-pus dans la cavité, à l'empyème de l'antre d'Higmore, à une rhinite accompagnée de végétations adénoïdes, à une rhinite atrophique et enfin à un Coriza caséux.

PATHOGÉNIE.

Si des lésions telles que les Conjonctivites, abcès de la cornée, etc., ont une origine nasale parfaitement établie et pour lesquelles le processus infectieux est facile à établir, il en est tout autrement pour d'autres affections telles que l'Asthénopie, la Névrite, le Glaucome etc., et en particulier l'iritis.

Cette étude pathogénique est représentée par les trois théories suivantes :

Théorie nerveuse.

Théorie vasculaire.

Théorie infectieuse.

I—THÉORIE NERVEUSE OU RÉFLEXE.

Elle est défendue par Berger, et pour cet auteur, les troubles oculaires d'origine nasale sont la conséquence de l'état d'irritation des organes terminaux du trijumeau ; ils ne seraient en somme qu'une manifestation des nombreuses névroses ayant leur point de départ dans les fosses nasales et se produisant chez les sujets prédisposés, nerveux ou neurasthéniques. L'étude de ces névroses donna tout de suite la clef de certaines affections oculaires coexistant avec des lésions du nez. La théorie était ingénieuse, séduisante même ; elle eut donc de nombreux adeptes. En cela il n'y a rien de surprenant si l'on songe, en effet, à la

grande richesse nerveuse des muqueuses nasale et pharyngée, aux diverses névroses qui y prennent naissance et, d'autre part, aux anastomoses multiples qui unissent le système nerveux orbito-oculaire et à leur innervation en partie commune.

Comment alors démontrer l'enchaînement et la succession des faits pathologiques ?

Hack place le point de départ du réflexe dans la turgescence du tissu érectile. Pour Frankel, il prend origine dans les terminaisons des nerfs sensitifs de la muqueuse. Berger assimile ces troubles oculaires à ceux qui se produisent dans la névralgie du trijumeau.

Selon Hack " l'engorgement du tissu caverneux des cornets amène une action vaso-dilatatrice réflexe ". Pour expliquer, par exemple, la production du goître exophtalmique consécutivement à l'hypertrophie des cornets inférieur et moyen, il suppose que l'irritation des organes périphériques du sympathique produite par le gonflement du tissu caverneux, détermine une vaso-dilatation. Pour lui, l'engorgement du tissu érectile des cornets est la condition sine qua non des symptômes réflexes dits secondaires.

Moldenhaner soutient les mêmes idées.

Mais bientôt on admit (au nombre de ceux-ci sont, Frankel, Schmaltz et Shaeffer) que le gonflement du tissu érectile n'était pas nécessaire pour provoquer un trouble réflexe oculaire et, comme le fait remarquer Berger, les affections des sinus, où il n'y a pas de tissu caverneux, peuvent produire les mêmes troubles oculaires réflexes que les maladies des fosses nasales. Donc, le point de départ de ces phénomènes était dans l'irritation des branches terminales du trijumeau dans la muqueuse.

Cette excitation peut se produire directement par un corps étranger (croûtes, sécrétions desséchées dans la rhinite atrophique) ou une tumeur mobile (petits polypes pédiculés en particu-

lier) ; dans d'autres cas, elle est due à des poussières inertes ; enfin, cette irritation peut être provoquée par un processus inflammatoire dont la muqueuse est le siège. Sous l'influence de ces causes diverses, l'irritation d'un filet nasal du trijumeau se transmettra aux centres nerveux, et de là pourra réagir soit sur un autre filet du trijumeau, soit sur un nerf voisin, et produira dans le domaine de celui-ci, des troubles variés, excitation, parésie, paralysie, etc. J'ajouterai que les accidents nerveux oculaires d'origine nasale suivent les lois des actes nerveux réflexes établis par Pfluger et Chauveau ; l'oeil est toujours malade du même côté que la lésion nasale, (c'est la loi de l'unilatérité), quelques fois l'autre oeil est pris lui aussi, c'est la loi de symétrie), mais il l'est moins que le premier, (loi de l'intensité). Je cite encore ce que dit E. Berger lui-même ; " Dans la névralgie du trijumeau, nous trouvons l'injection de la conjonctive, l'injection ciliaire, l'iritis, des sensations douloureuses dans l'oeil, la photophobie, le larmoiement, l'amblyopie, le blépharospasme, etc.

De même, des troubles oculaires d'origine dentaires sont en partie des troubles réflexes produit par l'irritation des fibres du trijumeau et c'est ce qui arrive pour les troubles de l'accommodation, l'asténopie, l'amblyopie, le glaucôme, l'iritis, etc. J'explique par l'irritation des filets terminaux du trijumeau quelques troubles oculaires que l'on a observés dans les affections du pharynx et des amygdales. L'identité de ces troubles réflexes est évidente, que la névralgie du trijumeau soit dentaire, nasale ou pharyngienne.

II—THÉORIE VASCULAIRE.

Elle est brillamment soutenue par Ziem. Elle est basée sur la turgescence des tissus caverneux et l'obstacle apporté aux voies de la circulation de retour dans l'orbite et le globe oculaire.

C'est par des troubles circulatoires que Ziem explique la pathogénie des modifications du champ visuel et de l'accommodation de l'iritis, etc. dans les affections nasales ou des cavités adjacentes.

Dans une suppuration, une obstruction nasale, il se produira une fluxion ou plutôt une stase collatérale cheminant des vaisseaux hyperémiés de nez vers l'intérieur du globe oculaire, cela découle des nombreuses anastomoses qui relient les vaisseaux du nez à ceux de l'orbite et de l'oeil : vasa ethmoidalia, vasa frontalia, et infra frontalia, etc. Ce refoulement sanguin vers les veines de l'orbite et du globe se fera d'autant plus facilement que les procès ciliaires sont formés d'un tissu érectile et bien dilatable. Il en résultera une tension exagérée dans l'intérieur de l'oeil et un trouble de la circulation rétinienne. Que la stase ne s'y compense pas, au moyen d'une circulation collatérale, comme on le voit dans les stases marquées d'autres parties du corps, ajoute Ziem, cela s'explique par ce fait que, avec l'obstruction nasale, la puissance aspiratrice des poumons se trouve très amoindrie, mais si on rétablit la respiration nasale, on augmentera par là même la force inspiratoire pulmonaire, on dégagera la circulation dans les vaisseaux de tout le corps et naturellement dans ceux du nez et de toutes parties voisines (procès ciliaires, rétine). Ce qui revient à dire : supprimez le trouble nasale et vous verrez disparaître ou s'atténuer l'affection oculaire. C'est ainsi que je vois dans plusieurs des observations que je rapporte, l'iritis guérir dès l'on a débarrassé le nez de pus et des mucosités qu'il contient. C'est aussi en vertu de sa théorie, que le même auteur condamne les badigeonnages du nez à la cocaïne comme moyen d'épreuve dans les névroses réflexes. Il a vu chez un malade ces badigeonnages répétés provoquer un accès aigu de glaucôme qu'il attribua à un brusque reflux sanguin vers l'oeil et à une congestion intense du corps ciliaire.

Les troubles oculaires réflexes observés dans les sinusites

sont dus à l'épaississement de la muqueuse de ces sinus qu'entrave la circulation sanguine, dans le voisinage, dans l'orbite et l'intérieur du globe oculaire.

III—THÉORIE INFECTIEUSE

Une troisième théorie admise aussi par Ziem et qui répond, je le crois, à la plus grande partie des cas, est bien cette théorie infectieuse.

C'est par les voies sanguines et lymphatiques que se propage l'infection. La communication, largement établie entre les veines ophtalmiques et les veines du nez, est, en effet, une voie toute tracée pour le transport des germes des cavités nasales à l'œil.

Dans l'état actuel de la science, la théorie infectieuse donne l'explication qui satisfait le mieux l'esprit. Rien de plus naturel, en effet, que le microbe, devenu tout-à-coup plus virulent, envahisse le torrent circulatoire et détermine aussi des accidents infectieux à distance. Cependant, selon Fromaget, il est invraisemblable " que les pneumocoques, les streptocoques ou autres qu'on trouve dans les empyèmes suivent les voies indiquées, car ils détermineraient plus qu'un vulgaire iritis : on verrait éclater une panophtalmie, ce qui n'a pas lieu. "

Il paraît donc méconnaître les affections atténuées dont la clinique nous donne à chaque instant des exemples. Pour moi il est impossible de nier la nature infectieuse d'une lésion parce qu'elle est bénigne.

Lefrançois, admet que dans certains cas, la lésion nasale n'agit, peut-être, que d'une façon secondaire en localisant, dans son voisinage et en partie à l'œil, un germe parti d'un autre organe. C'est, en somme, une combinaison de la théorie vasculaire et de la théorie infectieuse. Il est possible que toutes ces théories soient applicables suivant les cas, mais cependant au point de vue de

Iritis causée par une lésion nasale, je me déclare partisan convaincu de la théorie infectieuse.

SYMPTOMALOGIE ET TRAITEMENT :

Les symptômes de l'iritis d'origine nasale sont ceux de l'iritis en général et aucun signe spécial ne saurait la distinguer et la faire reconnaître. On remarque donc, comme dans toute iritis, de l'injection périkeratique plus ou moins intense ; la couleur de l'iris est modifiée par le manque de lymphidité de l'humeur aqueuse et les altérations de son tissu propre. Le pupille est, en général, rétrécie et immobile ; enfin il peut exister des dépôts plus ou moins nombreux sur la membrane de Descemet.

Au point de vue fonctionnel, il y a de la douleur oculaire et périorbiculaire simulant une névralgie du tri jumeau. Ce signe est peut-être plus manifeste dans l'iritis d'origine nasale que dans les autres cas.

Le photophobie et le larmolement sont, en général, variables et en rapport avec l'intensité des douleurs.

Le trouble visuel varie aussi beaucoup ; il dépend du trouble de la cornée, de l'humeur aqueuse, de la cristalloïde antérieure, etc.

En plus du traitement local qui consistera en instillations d'atropine, compresses chaudes, onctions sur le front, de pomade belladonnée, etc., le traitement nasal sera de la plus haute importance, et, à ce point de vue, on peut dire que la thérapeutique oculaire a bénéficié des progrès accomplis en rhinologie. On a vu des iritis traînantes, récidivant tant qu'on appliquait seulement le traitement local, guérir au contraire très rapidement dès qu'on soignait la lésion causale du nez." Il a suffi de faire cesser, par un traitement approprié, les troubles réflexes ou circulatoires causés par l'obstruction nasale, dit le Dr Lefrançois, pour que les agents infectieux, ne trouvent plus dans l'œil

un milieu favorable, s'éliminent et que la guérison se produise."

Je remarque que l'iritis nasale disparaît avec une assez grande rapidité, lorsqu'on joint au traitement local, le traitement de la lésion nasale et laisse peu ou point de synéchies, ce qui prouve son peu de plasticité. Cependant il est des cas anciens où l'occlusion pupillaire est plus ou moins complète et une iridectomie devient nécessaire.

OBSERVATIONS

Première :

En 1899, une dame irlandaise qui avait été traitée pendant plusieurs mois par des médecins non-oculistes, se présenta chez le Dr Herman Knapp de New-York, avec une iritis récidivante de l'œil. Jusque là le processus morbide n'avait pu être enrayé, car la douleur persistait, de même que l'injection ciliaire, et l'endolorissement de l'œil droit lors du travail oculaire. L'acuité visuelle était descendue à un $\frac{1}{3}$ et le champ visuel était de beaucoup rétréci. La rhinoscopie ayant fait reconnaître un rétrécissement considérable de la cavité nasale, le lavage à la pompe foulante donna issue à une légère quantité de muco-pus. Vu qu'elle se plaignait de douleur dans la région du sinus d'Higmore, que cette partie paraissait douloureuse, le docteur y pratiqua une ponction exploratrice du sinus maxillaire droit et un lavage au moyen de la pompe foulante, en fit sortir un pus jaunâtre. Tous les jours suivants ces lavages furent pratiqués, et dès les premiers jours je constatai un mieux sensible et l'acuité visuelle redevint normale.

Deuxième observation :

Cette deuxième en est encore une que j'ai faite chez le Dr. Knapp. Cette fois c'était une iritis de cause nasale. Il y avait une obstruction presque totale de la cloison déformée. L'ablation de la saillie fut pratiquée le jour même, et cette opé-

ration fut suivie du rétablissement du passage de l'air et d'une amélioration de l'acuité visuelle ; le patient put reprendre son travail dans une dizaine de jours.

Troisième observation :

Cette troisième est du Dr Roosa, président du Post Graduate Medical School de New-York. Un individu atteint d'une iritis droite depuis trois mois se présenta et le docteur constata une odeur fétide qui venait des fausses nasales et son traitement se porta vers cet endroit. La guérison ne se fit pas longtemps attendre, elle eut lieu en moins d'une semaine.

Quatrième observation :

Cette observation est de Edward S. Peck, professeur d'ophtalmologie au Postgraduate. Un patient se présente avec une joue enflée et un écoulement nasal et en même temps une iritis de l'œil droit. Le docteur fait enlever une vieille racine d'une molaire supérieure et percer l'alvéole d'où sort un pus épais et fétide, l'iritis disparaît en deux jours sans traitement approprié.

Cinquième observation :

Celle-ci et les deux suivantes me viennent du Dr d'Espagne et de Paris. Un garçon de 22 ans, fort et d'apparence, bien constitué, se présente à la clinique de St-André des Arts, avec un oeil droit rouge, larmoyant, sensible à la lumière ; l'humeur aqueuse troublée, pupille resserrée et un piqueté grisâtre sur la membrane de Descemet. Quinze jours après l'oeil gauche devient malade à son tour, mais ici l'affection prend d'emblée les allures d'une iridochoroïdite : l'injection périkeratique est très vive ; la pupille retenue par de nombreuses synéchies, qui résistent à l'atropine, échappe bientôt à l'examen à causes d'un épais dépôt sur la membrane de Descemet. Du côté nasal on y remarquait une Rhinite atrophique de longue existence, atrophie

des cornets, dilatation des cavités et une odeur repoussante. L'examen microscopique a fait voir le bacille Cocco de Lowenberg, coccus allongé disposé généralement en diplocoque et entouré d'une capsule. Le traitement a été celui du nez par les lavages au bichlorure de mercure, répété trois fois par jour, celui des yeux par un lavage boriqué, l'atropine, et à l'intérieur en injection de biniodure. Le malade n'était pas parfaitement guéri à mon départ mais se portait mieux.

Septième observation :

Une femme de cinquante cinq ans se présente avec une iritis double, un coriza chronique, des cornets inférieurs très hypertrophiés, une déviation du septum ; l'examen au microscope fait voir des staphylocoques et quelques petits diplocoques. Le traitement est dirigé surtout vers les lésions nasales et une guérison complète est obtenue en moins de quinze jours.

Huitième observation :

Ce cas en est un d'iritis accompagnée d'ozène, d'atrophie complète des cornets inférieurs, avec l'aspect parcheminé et décoloré de la muqueuse, sur laquelle on trouve quantité de cocco-bacilles de Lowenberg à l'état presque pur. Ici, comme dans les cas précédents, le traitement a été dirigé sur les troubles nasaux.

Neuvième observation :

Celle-ci m'est personnelle. Peu de temps après mon retour d'Europe, un jeune homme des États-Unis m'arriva avec son père, souffrant à l'œil gauche d'une iritis plastique, l'acuité visuelle avait diminué de moitié, les synéchies postérieures étaient nombreuses, la pupille resserrée et l'humeur aqueuse un peu trouble. L'œil gauche portait les traces d'une vieille iritis, et avait perdu toute son acuité visuelle, l'œil paraissait perdu. Le malade souffrait en outre d'une rhinite, atrophique des plus pro-

noncées. J'ai traité le malade pendant deux septenaires et je l'ai laissé retourner chez lui en bonne voie de guérison. Mon traitement a été celui de la rhinite et de l'iritis combinés. L'oeil gauche s'est amélioré beaucoup.

Dixième observation :

Une jeune fillette de quinze ans m'est amenée par sa mère et présente les symptômes suivants : antécédents héréditaires nuis ; il y avait eu il y a six ans une poussée inflammatoire à l'iritis et une autre encore il y a trois ans qui se terminèrent assez heureusement après une durée de quatre à cinq semaines. Enfin, au mois de novembre dernier, elle m'arriva et je l'examinai ; je constatai une iritis séreuse avec des synéchies nombreuses. La vision était réduite à une demie. Du côté de l'oreille une suppuration chronique et du côté du nez un écoulement abondant de muco-pus. Après force questions, le malade m'apprend qu'il y a sept ou huit ans elle s'est introduite un petit bouton dans le nez ; on fit alors des tentatives pour l'extraire, mais elle ne se rappelât pas qu'on l'eut extrait. J'examinai la malade avec soin et je finis par découvrir le fameux bouton et j'en fis l'extractian à sa surprise. Je traitai les fosses nasales et les oreilles et en quelques jours l'iritis disparut pour ne plus revenir. Il me semble incontestable que la cause de l'iritis a été la lésion locale du nez. Je crois que dans ce cas la théorie réflexe, assez séduisante de prime abord, n'est pas la vraie ; la cause est de nature infectieuse : si elle est moins facile à saisir pour l'oeil, elle est évidente pour l'affection de l'oreille. L'infection s'est faite par propagation au naso-pharynx, aux trompes d'Eustache et enfin à l'oreille moyenne.

Conclusions :

I :—Les causes étiologiques de l'iritis sont nombreuses e

Iritis dite idiopathique tend de plus en plus à disparaître du cadre nosologique.

2.—L'origine infectieuse de l'iritis est démontrée par l'existence de faits nombreux et indiscutables.

3.—L'origine nasale est démontrée : (a) par l'absence des causes généralement invoquées dans la production de l'iritis. (b) Par coïncidence du début de l'iritis avec la poussée inflammatoire nasale. (c) Par l'influence du traitement où la disparition rapide des accidents oculaires coïncide avec l'amélioration de l'affection nasale.

4.—L'étude pathogénique de cette affection est représentée par trois théories : (a) La théorie nerveuse qui attribue les troubles oculaires à un état d'irritation des branches terminales du tri jumeau dans la muqueuse nasale. (b) La théorie vasculaire, basée sur la turgescence des tissus érectiles des cornets et l'obstacle mécanique apporté à la circulation du retour du sang venant du globe oculaire. (c) La théorie infectieuse qui admet la propagation de l'infection nasale à l'iris par les voies sanguines et lymphatiques. *C'est cette dernière* théorie, basée sur des observations récentes, qui satisfait le mieux l'esprit.

5.—Les symptômes de l'iritis d'origine nasale sont ceux de l'iritis en général.

6.—Le pronostic est bénin sauf les cas anciens où l'occlusion pupillaire nécessite une intervention chirurgicale.

Le traitement consistera à calmer les douleurs et éviter les synéchies du côté de l'œil et surtout à traiter l'affection nasale primitive.

ANALYSE

MÉDECINE

LES INTOXICATIONS PAR L'ADRÉNALINE

On aurait tort de croire l'adrénaline absolument inoffensive. C'est un bon médicament mais il faut le savoir manier. Des accidents ont déjà été signalés. M. le Dr O. Van Furth (Deutsche méd. Wach., 23 oct. 1905) a publié un cas d'intoxication grave. Il avait injecté de l'adrénaline dans l'urètre d'un homme " pour arrêter une hémorrhagie consécutive à l'urétrotomie ". L'écoulement s'arrêta, mais le malade fut pris de syncope, et des convulsions envahirent ses membres. Les accès syncopaux et convulsifs se répétèrent ; ils ne cessèrent qu'au bout de quelques heures.

M. le Dr Roussel (La Loire Méd., 15 nov.), avait employé le remède avec succès dans des cas divers : hémoptysies, hématomèses, hémorrhagies cérébrales. Aucun inconvénient n'était survenu. La dose journalière avait été de 6, 8, 9 et même 10 gouttes pendant deux ou trois semaines.

Dans un exemple récent, il n'a pas obtenu des résultats aussi favorables. Une femme atteinte de métrite hémorrhagique avait subi à diverses reprises des interventions chirurgicales sur le col, puis un curettage de l'utérus. L'écoulement sanguin reparut. L'auteur découvrant le museau de tauche à l'aide d'un spéculum, le badigeonna d'adrénaline à 1 p. 1000. La quantité de liquide utilisée chaque fois n'excède pas 8 gouttes.

En outre, le remède est administré à l'intérieur, 5 gouttes d'abord de la sol. au 10,000ième ; puis 10 gouttes par jour. Le lendemain vertige ; puis surviennent des angoisses, une arythmie cardiaque particulière ; un groupe de pulsations régulières et bien frappées était suivi de 5 ou 6 pulsations beaucoup plus faibles. Le phénomène continue tout le jour, s'accuse encore davantage le soir, lorsque la malade est étendue dans son lit. Au bout d'une demi-heure, le sommeil survient, et dans la nuit

les troubles circulatoires s'évanouissent. Cet état persiste tant que dure la médication, il cesse quand on la supprime.

De pareils accidents imposent la circonspection. Les praticiens américains donnent bien à l'intérieur jusqu'à 30 gouttes de la sol. au 10,000ième. Nous l'avons ordonnée à la dose de 40 gouttes à une femme atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus : cessation de l'hémorrhagie presque immédiatement. Pas d'accidents.

MM. Souques et Morel ont usé de doses analogues (Bull. Soc. méd. des hôp. 20 nov. 1902); ils ont combattu l'hémoptysie des phthisiques à l'aide d'injections sous cutanées d'un demi et de 1 milligramme d'adrénaline. Des vertiges, maux de tête nausées, une sensation de constriction thoracique ont suivi la dose de 1 milligramme. Celle d'un demi milligr. paraît inoffensive. En sorte que c'est la dose de 1 demi milligr. que les auteurs conseillent contre l'hémoptysie. On recourra à un milligr. si l'hémoptysie semble dangereuse.

A dose plus faible encore, nous avons dû interrompre le remède pour un accident d'un autre ordre, chez un adulte atteint de cancer du rectum. Une dose de 3 gouttes, matin et soir, provoquait une constipation opiniâtre. C'est là une exception. En général les doses de 10 à 15 gouttes peuvent être prescrites sans inconvénients.

(Journal des Praticiens, 13 déc. 1902.)

EUG. L.

TRAITEMENT MÉDICAL DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Dans un des derniers numéros des " Archives de médecine des enfants " M. Comby montre que bon nombre de cas de cette affection guérissent sans intervention chirurgicale.

En premier lieu, il faut, dit-il, le repos absolu : l'enfant restera couché pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois si c'est nécessaire. Ce repos a pour but de favoriser la résorption de l'épanchement, d'éviter les pertes de forces et d'épar-

gner les dépenses organiques. Le repos n'empêche pas la cure d'air et de soleil par l'ouverture constante des fenêtres de la pièce habitée par le malade. L'enfant sera mis de préférence dans les pièces exposées au sud. En été, l'enfant pourra faire sa cure d'air au dehors, sur un lit portatif ou une voiture spéciale. La campagne sera fortement conseillée toutes les fois qu'il sera possible. On alimentera le malade le plus possible avec du lait, des oeufs, des purées de légumes, de la viande, de la viande crue ou du suc de viande crue.

L'hygiène seule peut faire tous les frais de la thérapeutique médicale. Cependant s'il y a lieu et surtout tolérance, on pourra employer l'huile de foie de morue pure ou créosotée, le glycérophosphate de chaux, la lécithine, les lavements d'huile créosotée, les badigeonnages iodés de l'abdomen, le collodion, la compression du ventre, les frictions au savon noir, etc.

Tout cela n'est qu'accessoire. La partie importante du traitement, c'est de mettre l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, c'est de favoriser la regression naturelle des produits tuberculeux, leur transformation fibreuse, leur résorption.

R. F.

LES MOUVEMENTS DE L'INTESTIN ÉTUDIÉS A LA RADIOSCOPIE

Caannon (Jour. of Med. scs.) a étudié les mouvements des intestins aux rayons X. Il a vu que les mouvements rythmiques se produisent nuit et jour, pendant le sommeil comme à l'état de veille. Le rôle de l'intestin grêle consisterait à diviser la masse alimentaire par des contractions périodiques.

Le colon ascendant le colon transverse et le colon descendant offrent, de quart d'heure en quart d'heure, des mouvements antipéristaltiques d'une durée de plusieurs minutes. La valvule iléocoecale renfermerait les matières comme dans un vase clos. Chaque fois qu'une nouvelle masse alimentaire arrive, il se produit le long du cœcum et du colon ascendant, une forte con-

traction générale à laquelle succèdent des mouvements antipéristaltiques.

Les émotions violentes arrêtent complètement les mouvements intestinaux.

D.

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE CHEZ LES ENFANTS

Tous les praticiens connaissent la difficulté de traitement de cette désagréable affection. Ils connaissent l'efficacité plus ou moins certaine des innombrables médications conseillées pour la combattre.

Malgré cela, la plupart des journaux médicaux sont, de temps en temps, remplis de formules.

Voici les plus employées :

5	Sirop Bellad	}	a a 75 grammes
	— Tolu		
	Antypirine		

Une cuillerée à thé matin et soir. Monter à 2 cuillerées à thé si l'incontinence persiste.

On peut encore associer la belladone à d'autres médicaments comme par exemple :

R	Ext. Bellad	0 gr., 01 cg.
	Bromure de camphre	0 gr., 10 cg.
	Valérianate d'ammoniaque	}
	Castoreum	

Pour une pilule.—Une pilule au coucher.

L'extrait fluide de rhus aromatica a été conseillé avec plus ou moins de succès mêlé au valérianate d'ammoniaque.

R	Extrait fluide de rhus,aromatica,	- 2 gr., 50 cg.
	Valérianate d'ammoniaque	- - 0 gr., 75 cg.
	Sirop menthe	- - - 150 gram.

Le rhus aromatica associé aux glycérophosphates a été utilisé par M. Rousseau, St-Philippe de Bordeaux.

R

Teint rhus aromatica	-	-	8 gram.
Glycérophosphate de chaux	}	aa	1 gr. 50 cg.
— de fer			
Sirop cerises	-	-	300 gram.

Une cuillerée à dessert au lever et au coucher.

S'il existe une irritation locale telle que phimosis et adhérences balano-préputiales chez les garçons, oxyures vermiculaires chez les filles, il faudrait y mettre fin. Les opérations de phimosis ne produisent souvent qu'une amélioration passagère.

Le traitement moral et le changement de milieu exercent une action favorable. La pratique de donner peu à boire et de réveiller les petits malades pendant la nuit pour les empêcher d'uriner est souvent inutile et risque de les fatiguer. L'enfant urinera sous lui juste au moment où il dort et dans l'intervalle des heures où on le réveille.

Les toniques généraux, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie, une cure saline rendront quelque fois des services.

Dans les cas rebelles on pourra recourir avec avantage à l'électrisation du col de la vessie par les courants faradiques (Guyon) et à l'emploi des injections épidurales de sérum ou de cocaïne (Cathelin et Loumeau, Congrès d'urologie, oct. 1902.)

R. F.

CHIRURGIE

TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES PAR L'AGRAFAGE MÉTALLIQUE

PAR CHS. DUJARRIER.

(Ex la Presse Médicale, 15, 11, 02.)

L'Agrafage métallique est préférable à la suture osseuse.

1° Parceque l'application en est plus facile, il suffit d'avoir une face dénudée pour enfoncer l'agrafe; 2° la rigidité des membres est plus grande.

INSTRUMENTATION

1° Agrafes.—Le meilleur type est le plus récent.

L'agrafe se compose de 3 parties, une tige demi-cylindrique réunissant les deux pointes, ces deux pointes, destinées à pénétrer l'os ont le dispositif suivant.

Elles représentent une pyramide quadrangulaire dont le sommet tronqué est libre, la partie intéressante est que les faces sont coupées d'une série de crans destinés à empêcher l'éclatement de l'os et la sortie de la pointe après sa mise en place.

L'angle interne de la pointe avec la tige est absolument droit, l'angle externe est arrondi pour ne pas lèses les parties molles, les agrafes sont de différentes grandeurs.

2° Drilles & Mèches.—A chaque pointe correspond une mèche qui perce un trou dont le diamètre correspond au côté de la partie moyenne de la pointe, aussi la pointe ne mord elle que par ses angles ce qui diminue le danger d'éclatement.

3° Marteau & chasse pointe. Le marteau n'a rien de spécial, il doit être dur, en acier, plutôt qu'en plomb.

Le chasse-pointe présente à sa pointe une rainure qui le fait s'adapter exactement sur l'agraffe si bien qu'on se trouve à frapper dans l'axe de la pointe.

TECHNIQUE

1° Incision des parties molles.—

L'incision doit être assez large pour exposer parfaitement les parties osseuses.

2° Libération des extrémités fracturées.—Le meilleur procédé est de les faire sortir l'un et l'autre par la plaie, on peut ainsi les examiner à son aise.

3° Réduction.—On doit s'efforcer de l'obtenir aussi parfaite que possible.

4° Forages des trous.—On repère avec l'agrafe les deux

points exacts où on doit forer les trous. Ces trous doivent être parallèles sous peine de fausser l'agrafe ou de ne pas avoir un membre droit ; ni trop rapprochés ni trop éloignés, sous peine de ne pas avoir un rapprochement parfait.

Ces trous une fois forés on doit enfoncer l'agrafe en bloc i. e. que les deux pointes doivent s'enfoncer en même temps, la tige doit s'appliquer parfaitement sur l'os.

5° Suture des parties molles.—

Si possible on doit suturer le périoste pardessus les agrafes ; on rapproche les muscles les aponévroses, on ferme la peau, on ne draine que si c'est absolument nécessaire.

Les résultats ont été très appréciables, les membres agrafés sont absolument rigides et ceci très rapidement.—(21 jours)

Les agrafes sont bien supportées et mêmes très faciles à enlever si cela devenait nécessaire.

P. C. D.

—000—

HYGIÈNE

THÉRAPEUTIQUE HYGIÉNIQUE

LA CURE D'ALTITUDE ET LES SANATORIA

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA CURE D'ALTITUDE

Pour s'occuper du traitement curateur de la tuberculose par l'altitude il faut, d'après M. le Professeur Proust :

1° Avoir la connaissance spéciale des caractères des climats d'altitude.

2° Connaître l'effet de ces climats sur les individus.

3° Pouvoir porter un jugement sur le malade lui-même, en tenant compte des deux conditions précédentes.

C'est après cela seulement que le médecin doit prendre une détermination.

Pour établir un sanatorium, il y a des conditions nécessai-

res qui s'imposent pour toutes les stations médicales. Ces conditions se résument aux suivantes :

1° *Conditions sanitaires* : dans les pays où on installe un sanatorium, il ne doit pas y avoir d'épidémies.

2° *Conditions hygiéniques* : bonne eau potable, bonnes canalisations emportant les matières usées.

3° *Ressources thérapeutiques* : d'abord un médecin, car " tant vaut le médecin, tant vaut " le sanatorium ", et ensuite des médicaments indispensables lorsque, par exemple, arrive une hémoptysie.

4° *Ressources alimentaires*, et pour cela il ne faut pas être trop éloigné d'une gare de chemin de fer.

Le caractère fondamental des climats d'altitude est une forte raréfaction de l'air. L'air y est très sec, et par ce fait, il devient un milieu tout à fait réfractaire au développement des micro-organismes. C'est là une des raisons pour lesquelles on va faire des cures d'altitude.

La température sera naturellement froide l'hiver et fraîche l'été.

Les vents seront à direction et à heures fixes.

La principale raison des succès des climats d'altitude sera une pureté parfaite de l'air c'est-à-dire un air aseptique, et une force d'évaporation considérable due à une faible tension de la vapeur d'eau. Les effets de ces climats sur l'organisme sont les suivants : Le nombre des pulsations augmente mais temporairement. La tension artérielle est la même. Il n'y a pas de tendance aux hémorragies, si l'on est prudent.

L'afflux sanguin se porte à la périphérie avec très forte pigmentation de la peau et décongestion des poumons.

Le nombre des mouvements respiratoires est plus considérable en même temps qu'il y a une ventilation pulmonaire très accusée (augmentation de l'amplitude thoracique).

L'altitude produit une augmentation des globules rouges de 5 millions par millimètre cube à 6 et même 7 millions. Malheureusement leur nombre diminue quand les malades redescendent dans la plaine. Cette diminution cependant ne va pas aussi

vite que l'augmentation, surtout lorsqu'il s'agit d'anémiques, de sorte qu'il y a en somme amélioration dans leur état.

Dans les effets de ces climats sur l'organisme il y a une double action : une action générale et une action locale ; une action générale qui restaure la constitution, et une action locale qui active la fonction respiratoire et met à l'abri des stases et des fluxions. C'est là une chose très utile chez les tuberculeux.

Enfin, pour terminer, nous dirons un mot des indications et contre-indications.

Les climats d'altitude sont excitants et toniques et conviennent par suite assez mal aux neurasthéniques.

Les contre-indications absolues sont : les maladies du cœur et des vaisseaux, la tendance aux hémoptysies, l'hémophilie, l'emphysème pulmonaire, l'asthme et aussi les formes à vives réactions, les formes fébriles, et surtout, bien plus l'étendue que le degré des lésions.

D'une manière générale, lorsqu'un médecin décide qu'un tuberculeux doit aller passer une saison dans un sanatorium d'altitude, le malade devra s'acclimater à l'altitude avant de l'être au froid, c'est pourquoi il choisira l'été pour arriver à la station désignée.

Partout où l'on a une altitude suffisante et les 2 conditions suivantes 1° défaut de fusion de la neige, une fois tombée, 2° un endroit à l'abri du vent, on peut établir un excellent sanatorium.

R. F.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PORTNEUF

Le 11 Janvier dernier, avait lieu à St. Casimir, chez Mr. le Dr. L. J. Rousseau, la 91^{ème} réunion de la Société Médicale de Portneuf.

L'assemblée est nombreuse ; 12 médecins sont présents, preuve évidente que les membres sont toujours pleins d'enthousiasme et ont à cœur le progrès et l'avancement de la Société.

Le président prend le fauteuil à 3½ heures. Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Avant de procéder à l'élection des officiers, la Société charge

Mr. le Dr. Paquin de s'adresser au Comité d'Organisation du 1er Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, pour savoir où l'on en est rendu avec la publication des travaux qui ont été lus aux séances de ce Congrès, les 25, 26, et 27 Juin 1902.

Proposé par Mr. le Dr. Savary secondé par Mr. Dr. C. Mayrand, que Mr. le Dr. L.-J.-É. Rousseau, qui a rempli avec tant de dignité la charge de président durant l'année écoulée, soit continué dans ses fonctions. Adopté aux applaudissements de l'assemblée.

Mr. le Dr. Rousseau accepte la présidence et remercie bien sincèrement ses confrères de l'honneur qu'ils lui font. Comme par le passé il promet son entier concours pour promouvoir les intérêts de la Société.

Sur la proposition de Mr. le Dr. Archambault, tous les officiers sortant de charge sont réélus pour l'année courante.

Mr. le Dr. Paquin se lève ensuite et, en termes choisis, fait une revue des travaux et des progrès de la Société depuis sa fondation. Il y a deux ans, dit-il, en substance, nous nous réunissions en *conventum* pour jeter les bases d'une société médicale. Le projet semblait hardi mais aujourd'hui nous sommes assurés du succès.

Puis il fait ressortir d'une manière habile les avantages et les bienfaits que nous avons retirés de ces réunions périodiques, tant au point de vue de notre progrès scientifique que de nos intérêts professionnels.

Les travaux scientifiques sérieux qui ont été présentés par quelques uns des membres, et la ponctualité avec laquelle tous ont assisté aux assemblées, augurent de l'avenir.

Mais ces succès ne doivent pas nous endormir dans les délices de Capoue. Il faut au contraire savoir garder notre enthousiasme, continuer à se faire part des fruits de nos études et de notre expérience, et surtout conserver cette amitié et cette union qui ont toujours caractérisé nos assemblées.

Les applaudissements prolongés ont dû prouver au Dr. G. Paquin que ses quelques remarques exprimaient bien le sentiment unanime des membres de la Société.

Mr. le Dr. R. Frigon nous fait part d'un cas de sa pratique où il a eu à lutter contre une hémorragie *post partum* et ses suites, dont le dénouement *malheureusement* a été fatal. Cette hémorragie a été causée par le décollement trop prompt du placenta, pendant que l'utérus était en état d'inertie.

Voici le résumé du traitement employé par le Dr. Frigon,

assisté de son confrère, le Dr. Rousseau ; injections intra-utérines très chaudes, au moins 50° Cent. Ergotine en injection hypodermique. Pour combattre l'état syncopal et ramener le sang au cerveau, soutenir le tonus cardiaque et relever la pression artérielle position déclive ligature les membres, serum artificiel, injection sous cutanée d'adrénaline. Pour réagir contre l'hypothermie : bouteilles chaudes placées un peu partout près de la malade, couvertures chaudes. En dépit de tous ces efforts, la malade mourut au bout de six heures emportée par une syncope. Le Dr. Frigon a eu évidemment affaire à un de ces cas désespérés dont parle Baines dans ses leçons ". Quand, dit cet auteur, l'hémorragie est assez abondante pour agir sur l'économie entière, la malade est angoissée, effrayée, affaissée au début, puis elle tombe dans le collapsus. La face est pâle et froide, la peau esglacée, le pouls peu ou point perceptible, les battements du cœur sont faibles et fréquents, la respiration est oppressée. La malade demande de l'air veut qu'on ouvre les fenêtres ; elle veut s'asseoir, même quelque fois sortir de son lit ; elle s'agite, elle délire plus ou moins ; ses sens sont émoussés, ou bien elle a des hallucinations une demi-cécité de la diplopie, de l'amaurose. Les pupilles se dilatent la perte de force nerveuse est si grande, que tous les tissus, tous les organes semblent paralysés. Quelque fois les sphincters se relâchent. La femme refuse tout secours elle demande par paroles et par signes qu'on la laisse tranquille, elle veut mourir en repos. Si ces symptômes sont suivis de collapsus marqué, si le facies se grippe, si la respiration prend un caractère convulsif, la malade s'affaisse rapidement, elle est prise de convulsions, et le cas est réellement sans espoir".

D'autres questions de pratique générale et d'intérêts professionnels viennent sur le tapis et sont discutées. Puis l'assemblée passe au *cas intéressant* d'un charlatan qui parcourt les campagnes, se vantant de guérir toutes les maladies, spécialement celles qui sont inhérentes au sexe féminin. Sa dernière victime est une malade de Portneuf. Par *des manœuvres* indignes d'être publiées ici, ce sale individu a réussi à provoquer une hémorragie utérine des plus graves qui a conduit sa malade aux portes du tombeau. Les Drs. Frigon, Archambault et Paquin sont chargés par la Société de faire une enquête sur les *derniers exploits* de ce dangereux malfaiteur et faire rapport en attendant d'autre chose.

Proposé par le Dr. A. Marcotte, secondé par le Dr. Dolbec, que le Dr. L.-J. Rousseau soit le conférencier de la prochaine séance. Adopté.

Proposé par le Dr. P. Lord, secondé par le Dr. Weillbrenner, que la prochaine réunion ait lieu le 15 mars prochain, chez lui à Deschambault. Adopté.

La séance est levée à six heures. Avant de nous séparer, Mr. le Dr, et Mde. Rousseau nous convie à un splendide banquet auquel a présidé la gaieté la plus vive, ce qui ne manque jamais, quand il y a réunion de plusieurs médecins.

THS. SAVARY, M. D.

Ass. Secrétaire

—ooo—

DISCOURS DU DR D. BROCHU

AU BANQUET DE LA PROFESSION MÉDICALE A MONTRÉAL.

M. le Président,

Messieurs,

Je suis très flatté de l'honneur que l'on veut bien me faire, en m'appelant à prendre la parole, dans cette magnifique assemblée, pour répondre au toast porté aux "Sociétés sœurs". Malgré la défiance assez naturelle que pourrait m'inspirer une telle circonstance, je cède d'autant plus facilement à cette invitation que le sujet des sociétés médicales a toujours excité en moi le plus vif intérêt.

Mais après avoir entendu les orateurs les plus distingués parmi les représentants de notre haute politique et les éminents professeurs de nos universités, vous n'attendrez pas de moi un nouveau discours, qui aurait grand risque, d'ailleurs, de ne rien ajouter de valable à ce que viennent d'exprimer en des termes si heureux et si complets, le proposeur de cette santé, mon savant ami de la l'Union Médicale de Montréal et le très digne président de notre Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Je dirai, tout d'abord, que j'ai été le plus heureux d'être délégué pour venir rencontrer, dans cette belle fête, les confrères les plus éminents de la profession médicale française et anglaise de cette grande Métropole ; et je ne saurais trop dire, également, combien il m'est agréable d'unir ma voix à celles qui

m'ont précédé, pour offrir à la Société médicale française de Montréal, au nom de sa sœur aînée, la Société médicale de Québec, l'expression de nos meilleurs sentiments de confraternité et nos félicitations les plus sincères, pour cette brillante manifestation, à laquelle elle nous a si généreusement conviés.

Les sociétés médicales, que nous avons vu surgir dans tous nos principaux milieux, durant ces dernières années, sous le réveil de l'esprit du progrès scientifique et du sentiment national, se trouvent déjà tout naturellement rapprochées par la même communauté d'idées et par le but identique qu'elles poursuivent : celui de promouvoir les progrès de la science et l'avancement de tous nos praticiens. Mais, nul doute que cette agape intime et confraternelle, qui nous est offerte sous les auspices de l'une de ces sociétés, dont l'influence et la sphère d'action sont les plus étendues, ne serve à resserrer encore davantage les liens qui les unissent entre elles, et qu'elle ne contribue à les accréditer encore plus dans l'opinion et à leur gagner des adhésions de plus en plus nombreuses parmi les membres de notre profession.

Il me plaît d'autant plus de rendre cet hommage à qui de droit, que je parle ici au nom d'une société qui compte parmi les aînées des sociétés médicales françaises qui ont vécu, et qui a toujours nourri, comme l'une de ses plus chères ambitions, celle de voir se multiplier le nombre de sociétés sœurs, tant dans les villes dotées d'organisations hospitalières que dans tous nos districts ruraux, où se rencontrent un grand nombre de praticiens distingués et animés d'un vif amour de l'étude.

On ne considérera pas comme un excès d'amour-propre, de me l'entendre rappeler, dans cette circonstance, que plusieurs de nos jeunes sociétés de district doivent leur existence à l'inspiration de la Société médicale que j'ai l'honneur de représenter. Plusieurs d'entre elles reconnaîtront, aussi, je crois, qu'elle leur a servi de marraine, en aidant à leur organisation et en les tenant comme sur leurs fonds baptismaux pour les laver, pourrais-je dire avec un aisemblance, de cette tache originelle,—le "chauvinisme médical,"—que dans ce pays, paraît-il, nous apportons tous en venant au monde dans la médecine—du moins, d'après l'opinion

accréditée de certains organes de notre presse médicale et de certains savants et philosophes, qui nous étudient d'un peu trop de loin, peut-être, des rives du Potomac et des bords de l'Atlantique.—

Si l'on en juge par cette même presse, et surtout, par le dernier congrès médical de nos confrères de langue anglaise, tenu en cette ville de Montréal, l'automne dernier, on aurait découvert un autre spécifique pour régénérer notre profession de ces tares héréditaires : ce serait le bill de contralisation que le savant professeur de l'Université McGill, M. le Dr. Roddick, a enfin réussi à faire sanctionner, après bien des efforts, par le Parlement fédéral, à la dernière session.

Ce projet de loi, véritable testament nouveau, aurait la vertu, ne s'en disent-ils plus fervents adeptes, non seulement d'élever notre profession à son plus haut niveau, mais encore de nous guérir radicalement de tous nos vices originels : le "chauvinisme" de clocher, le "nationalisme" et le "provincialisme".

Force nous est d'admettre, en effet, qu'il n'y a pas de remède plus directement opposé à ce "chauvinisme communal" au "nationalisme" et au "provincialisme", que celui qui ressort du projet préconisé par le savant professeur de McGill, et dont la dénomination la plus juste serait en somme : le "fédéralisme".

Mais, comme pour toute panacée nouvelle ou empirique, pour lesquelles on nous fait les plus belles promesses, il sera prudent, je crois, d'attendre que le temps et l'expérience nous aient mieux renseigné sur sa valeur réelle, et l'on ne saurait blâmer sévèrement, dans tous les cas, ceux qui hésitent encore à lui accorder une confiance aveugle.

Pour parler sérieusement et ne pas laisser trop d'ambiguïté au sujet de cette différence de religion qui nous sépare d'avec certains groupes de nos confrères de Montréal, je dirai que je suis le plus heureux de profiter d'une circonstance aussi solennelle pour donner à nos savants amis de la Société médicale qui nous fait l'honneur d'une si gracieuse hospitalité, un témoignage public de l'estime et de la haute appréciation que leur portent tous mes collègues de la Société médicale de Québec, pour leur rôle de sentinelles avancées dans l'arène du progrès scientifique et pour l'œuvre de grande utilité professionnelle qu'ils

poursuivent avec tant d'éclat et de succès, depuis l'origine de leur association.

Si le temps me le permettait, je serais tenté de rappeler à leur adresse un témoignage que j'exprimais, dans une circonstance, pour ainsi dire analogue, aux représentants de leur première association, alors que, jeunes travailleurs, ils ne s'affirmaient encore que sous le titre modeste de " Comité d'études médicales ".

C'était en 1900, dans un conventum des médecins canadiens-français de cette province, tenu sous les auspices de notre Société médicale de Québec.

Nous en étions à discuter l'opportunité du projet d'une association générale des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui, pour la presque totalité, comme vous le savez, sont d'origine canadienne-française et diplômés de nos écoles de médecine.

Le but fondamental de cette association devait être l'organisation de congrès périodiques de médecine, pour l'avantage de nos praticiens canadiens-français surtout, dont la masse ne peut bénéficier assez complètement des avantages que seraient de nature à leur offrir les autres associations existantes, mais dans lesquelles la langue qui prédomine ne leur est pas assez familière : ce qui les a portés jusqu'ici à se retrancher dans un isolement funeste.

Ce projet devait avoir aussi, pour corollaire, dans notre esprit, l'encouragement à la fondation des sociétés médicales dans tous nos principaux districts.

C'était bien là, à la vérité, un projet qui pouvait paraître difficilement réalisable, à première vue, et téméraire même aux yeux d'un certain nombre, pour lesquels l'expérience du passé était bien suffisante pour inspirer une juste défiance.

Pour justifier la proposition que j'avais alors l'honneur de soumettre à l'assemblée, j'invoquais les progrès récents dans notre organisation hospitalière et l'aide substantielle que nous pouvions attendre de nos deux facultés de médecine françaises de Montréal et de Québec ; j'appuyais également sur le puissant secours que pourrait nous prêter, pour l'œuvre nos congrès, les deux sociétés scientifiques que nous comptons dans ces mêmes milieux

et qui se rattachaient, d'ailleurs, intimement, à ces deux facultés enseignantes.

Puis je m'arrêtais particulièrement à apprécier les brillantes perspectives que le Comité d'Etudes médicales de Montréal nous laissait entrevoir pour l'avenir de ce projet. Je lui rendais ce témoignage : qu'il était composé d'une jeunesse d'élite et de haute formation intellectuelle, et, de plus, qu'il avait cet avantage sur nous, c'est qu'il pouvait compter non seulement sur la qualité mais sur le nombre des travailleurs, puisqu'il avait à se recruter dans un milieu où le nombre des médecins pratiquant dépassait celui de tous les districts environnants de notre vieille capitale.

Il me paraissait facile de leur prédire que, dans de telles conditions, ils étaient naturellement destinés à jouer un rôle prépondérant dans l'œuvre de vulgarisation scientifique que nous avions en vue.

Trois années se sont à peine écoulées, depuis ; et vous pouvez juger bien facilement, d'ores et déjà, si la confiance et les prévisions que j'exprimais, alors, ont reçu leur confirmation.

Il me semble que nous n'avons qu'à jeter les yeux autour de nous, dans ce magnifique banquet : en voyant, réunis sous ses auspices, dans un même sentiment, les représentants les plus autorisés de notre hiérarchie sociale et politique, en même temps qu'un nombre aussi considérable de médecins, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître, en effet, que ce Comité d'études, qui est devenu une société médicale de renom, s'est acquis un prestige toujours grandissant et une influence de plus en plus prépondérante dans le mouvement du progrès scientifique que nos sociétés médicales font rayonner, aujourd'hui, sur toute la profession médicale française de ce pays.

Mais je puis dire encore plus :

L'œuvre de notre premier congrès des médecins de Langue française est maintenant une chose accomplie ; tous ceux qui y ont pris part peuvent témoigner, je crois, que le succès, qui l'a couronné, a dépassé les meilleures espérances.

Si nous avons obtenu un premier résultat aussi encourageant pour l'avenir de notre jeune association, nous le devons sans doute, au travail et aux efforts communs, au zèle et aux adhé-

sions ferventes de toutes nos sociétés médicales ; mais, d'un autre côté, ce ne sera qu'un devoir de simple justice pour moi de proclamer, ici ce soir, comme président de ce premier congrès, que si le succès en a été aussi éclatant, cela est dû, pour une très grande partie, au nombre et à la qualité des travaux scientifiques qui nous ont été apportés par les membres de cette Société médicale de Montréal. Je suis heureux d'avoir cette nouvelle occasion aujourd'hui pour leur en marquer ma plus vive reconnaissance. Ce sera là d'ailleurs le meilleur encouragement et la plus sûre garantie de succès pour le prochain congrès de notre Association qui se tiendra en cette ville, même, en 1904.

Et bien que nous soyions dans un temps, où pour nous empêcher de nous affirmer comme nationalité distincte, de réclamer ou de défendre ce qui nous appartient comme tel, on se plaise à jeter, comme un épouvantail, au vent de l'opinion, les mots de " chauvinisme ", de " nationalisme " et de " provincialisme ", je n'hésite pas à dire à la louange de la Société médicale de Montréal qu'elle a fait honneur à la profession médicale canadienne-française de cette grande ville, à notre province française, comme à toute notre nationalité franco-américaine.

Est-ce à dire, messieurs, si nous avons l'orgueil de garder notre rôle comme nationalité distincte, d'une manière conforme à nos privilèges, si nous croyions préférable de nous organiser sur notre propre terrain pour mieux développer nos aptitudes ; est-ce à dire, si parfois même, nous faisons appel au sentiment national pour vaincre l'apathie chez les nôtres, et faire ressortir les énergies latentes dans les masses, est-ce à dire que nous avons la prétention de nous affirmer comme supérieurs aux autres ? est-ce à dire que nous avons moins de respect pour nos confrères d'une autre origine, ou que nous n'apprécions pas leurs institutions. Encore moins, est-ce à dire que nous travaillions à briser l'union et l'harmonie qui doivent exister entre les deux grandes nationalités de ce pays ?

Ceux qui nous jugent ainsi, ne nous connaissent pas, et n'ont guère crainte de se laisser entraîner à des récriminations injustes. Ou bien, négligeant de rechercher quelles peuvent être nos véritables intentions, ils nous jugent, inconsciemment peut-être,

à la hueur de vieux préjugés de races, que l'on devrait travailler à déraciner de part à d'autre, dans un commun accord, plutôt que de s'arrêter à faire un étrange abus des mots, pour se lancer des appellations injurieuses, afin d'intimider les esprits et de les détourner de discuter les questions de nos intérêts professionnels à leur véritable mérite.

Nous appartenons à un pays où chacune des deux grandes nationalités, qui le composent, a ses droits et ses privilèges reconnus dans l'un et l'autre des deux grands rouages politiques qui nous régissent.

Dans ce mouvement de concentration et de ralliement professionnel, dont j'ai rappelé l'initiative, nous n'avons fait, (personne ne nous le contestera) qu'user d'un droit indiscutable à l'association, dans notre pays libre; et je n'aurai peur d'être contredit, en affirmant que nous n'avons eu d'autre ambition que de prendre notre rang à côté des autres nationalités, afin de marcher d'égal à égal avec elles dans l'arène du progrès intellectuel.

On trouve bien étroit, dans certains milieux, le démembrement de notre jeune pays en provinces autonomes, surtout pour ce qui regarde les questions de la haute éducation et la régie des professions. On ne pardonne guère plus aux fondateurs de la grande République voisine, éminemment progressive pourtant, d'avoir adopté un système politique identique. Il faut admettre à la vérité que c'est un système qui peut devenir gênant parfois pour certaines visées ambitieuses.

Mais qui osera contester que ce démembrement politique, auquel on cherche à s'attaquer, à l'endroit des prérogatives provinciales qui se rattachent à notre profession médicale, ne trouve encore aujourd'hui sa raison d'être dans les mêmes motifs d'ordre supérieur qui guidèrent nos hommes d'État les plus éminents, dans l'œuvre de cette grande Confédération ?

On s'inquiète bien à tort également, en certains endroits, de cet esprit de "nationalisme" comme on le désigne avec mépris, qui s'attache à conserver toujours vivaces dans le cœur d'une nationalité ses affinités d'origine, ses traditions, le culte de sa langue et de son histoire—en un mot, de tous ces éléments qui constituent ce qu'on appelle "l'âme d'un peuple."

Qui nierait, cependant, que cet esprit national, dans son sens bien entendu, ne trouve sa justification dans cet état social et politique auquel je viens de faire allusion, et que, de même que l'idée de patrie, dont il n'est, pour ainsi dire, que le corollaire, dans ces conditions, il ne soit l'un des plus puissants stimulants pour développer nos énergies et nos aptitudes, chacun dans sa sphère, et nous permettre de donner ainsi la pleine mesure de nos capacités pour le bien général de la communauté.

Il me semble que je démontrerais mieux cette proposition en empruntant un terme de comparaison. Il en est, à mon sens, de l'esprit national comme de l'idée de patrie qui, elle aussi, paraît trop étroite à certains esprits dont le rêve est une fraternité universelle comme dernier perfectionnement de l'humanité : si ces deux facteurs puissants paraissent, à première vue, rétrécir le courant des opinions et les horizons de l'activité intellectuelle d'un peuple, ils font l'effet de ces rives enserrées qui rétrécissent le cours d'un fleuve ou d'une rivière au moment où ils ont à franchir les obstacles naturels semés sur leur parcours.

N'est-ce pas uniquement dans ces conditions, que le génie industriel de l'homme peut en arriver à faire ressortir de la masse de leurs eaux toutes les énergies latentes, pour les faire servir aux perfectionnements de l'art et de l'industrie et par suite au bien-être général, et à la prospérité d'un pays.

Mais je ne voudrais pas me laisser entraîner sur un terrain auquel ne se rattache pas directement mon sujet.

Qu'il me soit permis cependant d'ajouter, comme corollaire de toutes ces considérations peut-être un peu trop longuement développées, les propositions suivantes, que je formulerai comme la base des relations amicales et de la bonne harmonie qui doivent exister entre les groupes de nationalités différentes dans notre profession médicale :

« Nous croyons avoir le droit de nous montrer jaloux des prérogatives et des privilèges de toutes nos institutions qui se sont développées à la faveur de nos conditions politiques actuelles et nous tenons à les sauvegarder contre toute atteinte. Nous sommes également jaloux de toutes nos autres franchises constitutionnelles, et l'on ne saurait avoir chance de nous les voir sacrifier pour aucun avantage aléatoire ou intérêt particulier.

« Nous avons le plus grand respect pour nos concitoyens d'une autre origine qui vivent à côté de nous, et nous apprécions hautement leurs institutions, qui font le plus grand honneur à notre pays. »

“ Nous voulons des égards réciproques entre les différentes nationalités d'une même province comme entre les différentes provinces elle-mêmes de cette Confédération. Nous avons donné, maintes fois, des preuves de la sincérité de nos sentiments sur ce point ; entre autres, il me plaît de le rappeler, ce soir, lors que nous nous sommes réunis, dans cette ville même, pour achever la constitution organique de notre association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. ” Nous avons alors résolu unanimement d'offrir le titre de présidents honoraires aux représentants les plus éminents des deux universités anglaises de cette province : M. le professeur Craik de McGill, et M. le professeur Campbell, de l'École des Bishop, qui jouissent, d'ailleurs, tous deux, de la plus haute estime de tous les médecins canadiens-français.

Je dirai encore plus, pour dissiper toute équivoque que pourrait faire naître dans certains esprits chatouilleux, un sentiment national, un peu vif, que nous n'avons jamais cherché à dissimuler :

“ Nous voulons faire disparaître, tout autant que nos amis qui plaident en faveur du projet de loi de M. le Dr Roddick, ces barrières détestables, aux yeux d'un grand nombre, qui empêchent un médecin diplômé d'une province d'aller pratiquer librement dans une autre province de ce même pays. Et voilà pourquoi nous plaидons énergiquement en faveur de la réciprocité des diplômes en médecine, sauf, certaines conditions à établir dans les programmes des études, mais sans porter aucune atteinte à l'autonomie législative des provinces, en matière d'éducation. ”

Telle est, messieurs, la profession de foi, ou, pour mieux dire, les principes de la bonne entente, que les circonstances m'inspirent de vous exprimer ouvertement ; elle n'est d'ailleurs que la confirmation des sentiments qui animent tous mes collègues de Québec, que j'ai l'honneur de représenter, ici ce soir.

Tout en m'excusant d'avoir occupé si longtemps votre attention, je remercie de nouveau M. le président de ce banquet, au nom de la Société médicale de Québec, de la faveur qu'il a bien voulu nous faire de nous convier à cette brillante fête. Mais avant de m'asseoir, il me sera permis de lever mon verre “ A la Société médicale de Montréal ”, pour son succès toujours grandissant dans l'avenir, et “ A l'Association des médecins de Langue française ”, pour le succès de son prochain congrès, dont cette grande Métropole de notre province sera le siège, en 1904.