

DISCOURS DU DR A. ROUSSEAU⁽¹⁾.

Doyen de la Faculté de Médecine de Québec.

La Faculté de Médecine de Québec est profondément touchée de l'acte de courtoisie, dont je m'empresse de remercier le Président de notre association, qui me vaut l'honneur de saluer ici ce soir la venue des maîtres illustres que la France nous a délégués.

Jamais elle ne nous aura témoigné, avec plus d'éclat, l'attention qu'elle daigne accorder aux efforts faits par les écoles de Montréal et de Québec pour établir, sur le continent américain, des foyers de culture scientifique française. Nous devons à l'amitié généreuse de la France pour le Canada Français, plutôt qu'à notre mérite, la faveur d'une aussi brillante délégation, et nous lui en sommes vivement reconnaissants.

Si honorés et si réjouis pourtant que nous soyions de votre présence, Messieurs les délégués, nous ne nous défendrions pas de sentiments de gêne et de regret à la pensée des fatigues que vous avez supportées et des sacrifices que vous avez faits pour venir à nous, si nous vous laissions retourner sans vous pénétrer de l'importance de votre mission. Elle sera, je l'espère, de la plus haute portée dans les destinées de ces deux petites écoles médicales de la Povince de Québec qui bien simplement, sans aucune prétention, vous font part de leurs grandes ambitions. Je n'ai quelque autorité que pour vous parler de l'École de Québec. Mais je ne vous dirai rien qui ne reçoive, j'en suis sûr, l'entière approbation de mes collègues de Montréal.

Les deux écoles de Montréal et de Québec sont nées d'un même idéal patriotique, de la même volonté d'assurer dans un développement supérieur la survivance de la race française en Amérique; et, pour l'accomplissement de cette oeuvre, elles forment une association fraternelle qu'aucune divergence de pensée ou de sentiment ne saurait jamais rompre, et il importe qu'elles soient unies ainsi sans cependant se confondre, pour qu'une noble émulation les fasse sans cesse s'empresse vers des réalisations supérieures.

Mais ne pouvant créer d'elles-mêmes cette supériorité à laquelle elles aspirent, elles sont forcées d'aller l'emprunter ailleurs.

Notre histoire témoigne que, pour assurer leur développement numérique, les canadiens français n'ont aucunement besoin des doctes conseils des Facultés étrangères; mais ils reconnaissent volontiers que, dans l'ordre intellectuel, ils ne sauraient progresser dans l'isolement, et, depuis la fon-

(1)—Discours prononcé au VIIe Congrès des Médecins de langue française, à Montréal, 8 sept., 1922.

dation de nos Universités surtout, chaque année s'accroît la théorie de nos pèlerins qui vont, spécialement auprès de votre Faculté de Paris, demander accès aux sources fécondes du génie français.

Ainsi, Messieurs les Délégués, avez-vous été jusqu'ici nos éducateurs, avez-vous fourni pour nos institutions des modèles suivant lesquels nous avons commencé à les édifier, suivant lesquels nous prétendons les développer.

Nous avons donc déjà contracté vis-à-vis de vous une dette immense que la reconnaissance de vos milliers d'élèves canadiens proclame aux échos fidèles de ce vaste pays. Cependant nous allons vous demander plus encore dans l'avenir que vous ne nous avez gratuitement donné par le passé.

Les relations existantes entre les écoles françaises, spécialement l'école de Paris, et les écoles canadiennes françaises, doivent dans l'intérêt commun se développer et se resserrer davantage.

Les grandes institutions américaines nous invitent à nous initier à leur savoir, et, plus près de nous, nos compatriotes de langue anglaise mettent gratuitement à notre disposition les vastes ressources de leur organisation universitaire. Mais, tout en appréciant les avantages qu'ils nous offrent, nous ne voulons pas dépendre uniquement d'eux pour notre culture supérieure; j'ajoute que nous ne le pouvons pas; car le sentiment des générations qui se sont succédées depuis la conquête anglaise nous domine. Le sort en est depuis longtemps jeté; aussi bien que notre sang, notre esprit sera de pure formation française.

Des affinités irrésistibles nous attirent à vous. N'est-il pas naturel que, par un courant de sens contraire, vous ne veniez à nous avec une attraction égale, quelque indignes que nous en soyions individuellement ?

Après plus d'un siècle et demi d'une séparation politique définitive, français de France et canadien français, nous nous retrouvons unis, comme au premier jour, dans le culte des souvenirs qui nous sont communs pour la plus grande partie de votre histoire et de la nôtre, dans la fidélité aux traditions, dans la continuité des mœurs qui font le charme de notre civilisation latine.

Votre patrie sans doute n'est plus la nôtre, votre patrie terrestre; mais dans les sphères supérieures, la France et le Canada français ne se doivent plus distinguer; il n'y a qu'une France! Français et Canadiens français se confondent dans une entité spirituelle qui est la grande âme, l'âme collective de la France.

Aussi sommes-nous véritablement les frères; mais vous êtes les grands frères, et à ce titre, vous n'êtes pas sans quelque obligation de pourvoir à notre développement. Nous vous prions donc de nous aider, sans craindre d'être indiscrets ou de blesser des susceptibilités quelconques. L'esprit

souffle où il veut ; lorsqu'il vient de France, il souffle où il doit, et vous voyez bien que le domaine où nous nous plaçons est naturellement dans la sphère d'influence française.

Ainsi se trouvent justifiées, à la fois par des raisons de sympathie et de nécessité, les relations que nous osons vous demander de resserrer entre la glorieuse Université de Paris et nos modestes institutions.

Comment le sort de nos universités serait-il indifférent aux universités françaises ? Qu'on y consente ou pas, nous sommes, par un volonte qui désormais ne saurait fléchir, les représentants de la culture française en Amérique. Bien qu'elle y brille d'un éclat incomparable à votre passage, Messieurs, c'est par nous seuls qu'elle jettera une lumière permanente sur ce continent, et le prestige du génie français s'y trouve subordonné à notre développement.

Aussi croyons-nous que la France se doit à elle-même, plutôt qu'elle ne nous le doit, de favoriser nos oeuvres intellectuelles, de les soutenir moralement de son crédit et de les animer de son souffle.

Pour devenir les fidèles interprètes de la science française et surtout pour s'associer à sa gloire, nos écoles de Médecine, nous le savons mieux que personne, demandent une longue préparation. Elles ne se sont guère appliquées jusqu'à présent qu'à un travail de vulgarisation. L'expérimentation scientifique y a été à peu près nulle, de même l'observation originale poussée au-delà des limites des connaissances acquises.

Mais voilà que depuis quelques années un esprit nouveau se révèle.... 25 ans trop tard ! Nous étions devancés par nos émules de langue anglaise.

Trop confiants dans des méthodes, certes éprouvées et qui furent excellentes dans un autre âge, nous nous étions immobilisés dans un enseignement qui, au cours du progrès, avait cessé de répondre aux besoins d'une formation scientifique.

Nous n'acceptons pas cette infériorité ; notre fierté de race se révolte à l'idée que nous occuperions ici une position subalterne dans l'ordre intellectuel. Aussi voyez le magnifique sursaut d'énergie française dont nos collègues de l'Université de Montréal nous donnent le spectacle. Il leur a suffi de deux ans pour rebâtir leur école, en transformer l'organisme et la pourvoir matériellement d'une façon à peu près complète.

Québec les suivra cette année même dans cette voie.

Mais Montréal sait aussi bien que Québec que c'est en hommes d'abord et surtout que se fonde une école. Aussi de part et d'autre rivalisons-nous d'activité dans la recherche des maîtres futurs de nos Facultés renouvelées : professeurs de carrière et praticiens entraînés à l'observation scientifique.

Nous confions à la sollicitude des maîtres français ces jeunes gens qui vont représenter auprès de vous, Messieurs, nos espérances d'avenir et portent en même temps la fortune de la pensée française en Amérique.

Faites d'eux, nous vous en prions, des disciples dignes de vous, afin que dans 10, dans 20 ans, ils reprennent, amplifiée à votre mesure, la tâche incomplète que nous aurons remplie en les attendant.

Nous demandons bien encore aux écoles françaises de nous guider dans nos organisations matérielles, dans l'élaboration de nos méthodes; mais, je le répète, nous attendons principalement d'elles que, dans une coopération réelle, intéressée à nos oeuvres universitaires, elles s'appliquent avec soin à nous former des maîtres, à nous en prêter même au besoin.

Certes vous nous avez jusqu'à présent, vous avez comblé nos élèves de tant de bienfaits qu'il semblerait juste enfin d'épargner votre bienveillance.

Mais les nobles paroles que vous prononciez, M. le Professeur Achard, à la séance d'ouverture de ce congrès, excusent d'avance les exigences de nos ambitieuses écoles.

Vous disiez : "il arrive que le sentiment chez nous l'emporte sur l'intérêt ou du moins nous estimons souvent que notre intérêt est plutôt le bénéfice moral d'une noble idée que le profit d'un gain matériel."

Nous abusons peut-être de ces dispositions généreuses; mais ce ne sera pas du moins sans vous donner l'assurance que nos écoles de Montréal et de Québec, s'appropriant votre idéal, vont s'orienter vers les sommets que vous nous montrez, où elles rêvent de reproduire, de prolonger dans l'espace les gestes glorieux de la France.

PROBLEMES QUE COMPORTE L'ORGANISATION DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC⁽¹⁾.

Par le **Dr Odilon LECLERC**,

Professeur de clinique phthisiothérapique à l'Hôpital Laval.

L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord a de nouveau, cette année, remis à l'étude la lutte contre la tuberculose. C'est que cette question déjà ancienne reste toujours neuve par les ravages que fait chez nous ce fléau et par les problèmes que comporte l'organisation du mouvement capable de l'enrayer. Ces problèmes restent des problèmes, parce que les efforts tentés ont été trop isolés, quand il aurait fallu un travail d'ensemble bien coordonné comme celui qui a permis à l'Angleterre de réduire sa mortalité par tuberculose de 50% en 30 ans, ou encore comme on est à l'instituer en France en ce moment.

Vous connaissez les éléments qui forment le rouage anti-tuberculeux, et j'aurais mauvaise grâce à vous les rappeler. Vous me permettrez, toutefois, de vous indiquer comment on peut, en les adaptant à nos conditions, appliquer ces méthodes qui ont réussi ou réussissent ailleurs; nous parlerons de nos succès, nous soulignerons nos erreurs, dans l'espoir de pouvoir éclairer ceux qui veulent s'engager dans la lutte, et de faciliter la connaissance des moyens qui conduisent aux succès.

L'organisation anti-tuberculeuse chez nous est assez rudimentaire, quoique l'Honorable Premier Ministre, M. L. A. Taschereau, en ait fait, il y a 2 ans, un article du programme de son gouvernement, et que l'Honorable Secrétaire Provincial, M. David, ait promis son appui le plus ferme et le plus intéressé à ceux qui voulaient s'organiser pour la lutte.

Ce langage était si peu dans les habitudes gouvernementales qu'on n'y a guère ajouté foi. On n'a pas saisi tout ce que comportait de décision raisonnée ce geste ministériel, et bien peu en ont profité.

Le mouvement lancé en 1921 par le Conseil Supérieur d'Hygiène a rencontré peu de participation. Ceux, pourtant, qui s'y sont associés, ont été fort bien accueillis; ils en ont bénéficié largement. Ce Conseil a cessé d'exister avant l'achèvement de son travail.

Le nouveau Conseil Provincial d'Hygiène attend, pour s'orienter, de savoir d'une façon exacte quelles sont les ressources et les énergies sur

(1)—Rapport présenté au VIIe Congrès des Médecins de langue française, tenu à Montréal, le 8 septembre, 1922.

lesquelles il pourra compter. Il sait que le temps n'est plus aux mémoires et aux rapports qui ne feraient qu'éloigner le but à atteindre, non plus qu'aux tatonnements et aux discussions stériles qui entraveraient l'exécution du projet, s'ils n'allaient pas compromettre sa réalisation.

Le plan de lutte et le programme à remplir sont trop bien précisés par l'expérience de ceux qui nous ont devancés, pour qu'on hésite plus longtemps; et les pouvoirs publics n'interviendront que pour seconder l'initiative privée. A l'oeuvre, donc et hardiment.

C'est aux sociétés médicales de régions et de comtés que reviennent la tâche et l'impérieux devoir d'engager le mouvement dans leurs régions. En est-il une qui voudra fuir la responsabilité qui lui échoit? Toutes, au contraire, en présence de ce fléau social, voudront conserver à la médecine cette qualité d'être de toutes les sciences celle qui a toujours le plus pleinement reconnu ses devoirs et le mieux su prendre ses responsabilités au risque même de sa réputation apparemment compromise pour un temps, quand il lui faut heurter des préjugés ou secouer l'apparente résignation à un malheur qui souvent ne masque guère que de l'ignorance ou de l'apathie quand ce n'est pas de l'égoïsme. Le médecin trouvera dans un bureau compétent des conseillers avertis à qui l'essai d'une organisation similaire a fourni des moyens de réussite que seule peut donner l'épreuve de difficultés surmontées et d'obstacles aplanis.

La première oeuvre à accomplir en est une d'éducation. Et dans ce but on utilisera tous les moyens de propagande capables d'intéresser ceux qui lisent, ceux qui voient et ceux qui écoutent. Toujours le langage sera simple, les images bien faites. On s'efforcera de démontrer la solidarité humaine devant la maladie.

Cette campagne visera encore à susciter des concours intelligents, dévoués et persévérants; elle tendra à réveiller chez tous l'esprit civique.

"L'effort doit être poursuivi. Le mouvement une fois imprimé, que rien ne ralentisse. Au peuple, elle criera que tous viennent se placer dans le rang, que toutes les volontés se coalisent pour conjurer le péril. Ceux qui ont la responsabilité de diriger les affaires civiques, elle les adjurera de se convaincre que ni les discours, ni même les actes suffisent, de comprendre qu'il n'est pas d'économies plus vaines, plus fallacieuses que celles qui sont faites en lésinant sur le budget de la santé publique, et qu'il n'est pas de dépenses plus impérieuses, plus productives, que celles qu'on lui consent." (*Léon Bernard*).

Si on apporte à cette campagne toute l'ardeur, toute la conviction et l'enthousiasme nécessaires, on s'apercevra bientôt qu'il n'y a pas que la tuberculose qui soit contagieuse, et des aides précieuses surgiront qu'il faudra orienter et des énergies apparaîtront qu'il faudra grouper.

Il est peut-être plus difficile de diriger ces concours que de les obtenir ; aussi ne devons-nous jamais les solliciter sans avoir auparavant bien établi ce que sera leur travail. Au début, tous les efforts devront converger vers l'élément fondamental de la lutte : le dispensaire.

Qu'on n'aille pas préjugé le dispensaire sans en avoir bien compris la signification, le condamner sans avoir bien étudié sa raison d'être et le rôle qu'il doit remplir.

Il n'est pas l'ennemi que l'on croit entrevoir, et ce serait avouer de la faiblesse que de craindre son influence. On serait, du reste, bien embarrassé de justifier les appréhensions auxquelles il a donné naissance dans certains milieux.

Sous la direction d'un médecin compétent, consciencieux, spécialement entraîné à ce genre de consultation, il ne doit pas sortir des cadres qui lui sont tracés. Il n'est pas libre d'agir à sa guise. Grâce à l'outillage et aux moyens techniques dont il dispose, il précise les cas douteux que lui auront adressés les médecins de la région dont il dépend. Il renverra à leur médecin les malades qui seront venus d'eux-mêmes y consulter. S'il est ouvert à tout venant, il ne traite que les malades qui auront été spécialement recommandés à sa bienveillance par le médecin de la famille.

Toutes ses consultations sont gratuites, mais il réclame en retour le privilège de suivre ses consultants à domicile, car ce qui doit surtout caractériser son oeuvre, c'est son travail extérieur, la visite à domicile par l'infirmière visiteuse, et à l'occasion par le médecin. Elle est essentielle au parfait fonctionnement d'un dispensaire.

En France, on a adopté la formule de développer au maximum le rendement de l'infirmière visiteuse, et de ne pas identifier les deux termes : nombre et force. Ce serait un erreur de croire faire beaucoup en multipliant son nombre. Sa valeur dépendra surtout de sa formation. Sa personnalité morale doit être inattaquable, sa formation intellectuelle de premier ordre. Grâce à l'entraînement particulier qu'elle a suivi dans un milieu organisé, elle sait comme est difficile, délicate sa mission.

Elle sait accomplir son devoir et ne jamais le dépasser. "Dix mois d'études sérieuses ne sont pas trop pour inculquer aux élèves infirmières les connaissances techniques, la méthode rigoureuse et la discipline morale que nous avons droit d'exiger des femmes auxquelles sera confiée la tâche glorieuse mais difficile d'assurer le fonctionnement social des dispensaires de préservation anti-tuberculeuses." (Commission Franco-américaine).

Messagère d'hygiène, elle demande à être bien accueillie, elle a le devoir de respecter tous les droits et de ne froisser personne. Tout en s'opposant aux préjugés, elle doit s'attacher les personnes qu'elle visite, s'en

faire estimer et se rendre si nécessaire que la toute puissante force des choses fasse choir les résistances les plus acharnées. Son rôle en est un de persuasion digne, sans compromis, dont elle ne doit jamais se départir ; son influence s'en agrandit et les résultats n'en sont que plus féconds.

Le dispensaire, quand il aura acquis l'importance à laquelle lui a donné droit son activité éclairée, peut alors aborder un problème plus vaste, celui de l'hospitalisation des adultes et du placement des enfants.

Il ne peut, ni ne doit avoir les ambitieuses visées des grands centres, mais rien ne l'empêche de tenter seul, ou de concert avec des associations voisines, l'isolement des malades qui réclament ses secours. Les moyens de réussir sont nombreux, et les conditions plus faciles qu'elles ne l'étaient au moment où notre excellent maître et ami, le Professeur Rousseau entreprenait la construction de l'Hôpital Laval. On sait le résultat obtenu.

Maintenant que les pouvoirs publics ont enfin compris que leur intervention est nécessaire, qu'il leur faut s'intéresser à la santé publique, et aider tous les mouvements sérieux qui s'attaquent aux maux dont souffre la collectivité, il n'y a plus de raison que son exemple ne trouve des imitateurs. L'apport que ne manqueront pas de fournir l'Assistance Publique et son directeur, le Dr Lessard, assurera avec la subsistance, les moyens de compléter l'oeuvre entreprise. L'initiative privée n'aura jamais de plus fidèles et de plus utiles collaborateurs.

Si les directeurs de la lutte anti-tuberculeuse agencent bien leur travail, il leur sera facile de solutionner par l'intermédiaire des dispensaires ruraux le problème du placement à la campagne, des enfants des villes, l'accomplissement de "l'Oeuvre de Grancher". Ce sera une des préoccupations du dispensaire de rechercher les foyers les plus aptes à recevoir les enfants qu'on voudra placer à la campagne sous sa surveillance immédiate et nous n'avons pas de doute que l'Assistance Publique contribuera à faciliter le moyen de rendre faciles ces placements, si on représente bien à ceux qui l'ont voté, comme le comprend si bien celui qui la dirige, le lourd fardeau dont on la soulage et qui ne manquerait de l'écraser, si on laissait toutes ces tuberculeuses "en évolution souterraine" apparaître au jour.

"En matière de tuberculose la défensive est une mauvaise tactique et "c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher, car il devra "plus tard dépenser des sommes énormes en faveur des phthisiques avérés "et pour un résultat médiocre". (Grancher).

"Et Grancher ajoute : "Qui ne connaît les statistiques des enfants assistés du département de la Seine ? Ces enfants, pris au hasard, dans le milieu social, le plus pauvre, le plus misérable où la tuberculose latente est

“assurément très fréquente, deviennent robustes à la campagne et parvenus “à l’adolescence, forment une génération vigoureuse où la tuberculose ne “compte que des unités, 10 pour 20,000. Cette oeuvre de la préservation de “l’enfance donnera les résultats les plus féconds. Il ne faudra pas plus “d’une génération pour voir diminuer de moitié la tuberculose de l’adulte.”

Cette préservation commande chez nous une action prompte, vigoureuse et énergique si on veut assainir les “nids de tuberculose” que constituent certains milieux scolaires.

L’intérêt porté à l’enfance créera de bien vives sympathies. Et je n’en veux d’autres preuves que celles du développement des oeuvres anti-tuberculeuses de la ville de Québec. Le Camp Taschereau pour les enfants tuberculeux, que nous avons fondé il y a 3 ans, a eu des débuts assez difficiles. Les tentes et la vieille grange sont maintenant remplacées par des huttes qui offrent avec leurs services, piscine de natation, etc., toute l’accommodation qu’on puisse désirer.

L’intérêt que nous avons porté aux enfants nous a encore valu cet octroi généreux du Gouvernement Provincial qui permettra à l’Hôpital Laval de commencer demain un pavillon de 100 lits. Ou encore ce bel exemple que vient donner à la Province le Club Kiwanis de Québec, dont les membres, dans un bel élan d’enthousiasme qui ne s’est pas ralenti, ont construit de leurs bras deux baraques capables de recevoir 100 enfants.

Je ne saurai jamais assez dire comme c’était beau de voir financiers, industriels, commerçants, professionnels s’improviser ouvriers, travailler à réaliser le désir que nous avons manifesté à une de leurs réunions hebdomadaires. Ils ont assuré la subsistance et le développement de l’oeuvre, parce qu’en plus de leur contribution en argent, ils y ont mis quelque chose d’eux-mêmes : leur volonté et avec elle des peines qu’ils n’auraient jamais consenties s’il n’avaient pas vu à la fin le sourire des enfants à qui, ils allaient donner avec la santé un peu de bonheur.

Ils m’en ont bien un peu voulu de les avoir attirés dans un véritable traquenard. Et ils s’en sont vengés en me promettant de construire l’an prochain un autre baraque et de faire plus et mieux si c’était possible.

Ces ouvriers constructeurs d’un jour, par l’influence dont ils disposent seront maintenant de puissants artisans de la lutte anti-tuberculeuse. Nous sommes heureux d’avoir l’occasion de reconnaître devant vous l’apport considérable qu’ils ont fourni à la cause en prenant à leur charge la construction du préventorium qui manquait à notre système, et nous sommes assurés que, comprenant toute la portée de leur geste, vous saurez voir, au delà du baraquement du Camp Taschereau, la valeur sociale de leur intervention, l’entraînement qu’ils vont provoquer dans la messe des indiffé-

rents et l'obligation pour tous d'aider suivant leurs moyens ceux qui travaillent à enrayer la tuberculose. Nous avons déjà été à même d'apprécier la répercussion qu'a provoquée leur enthousiasme. Elle nous a facilité des tâches avant elle difficiles et onéreuses.

Nous avons greffé sur notre consultation du dispensaire quelques services accessoires; Un rhino-laryngologiste et un dentiste donnent des consultations et des traitements gratuits aux malades que nous leur envoyons. Des clubs sociaux se chargent de défrayer les charges qu'entraînent ces services que nos faibles ressources ne pourraient entretenir.

Mais ces efforts n'auront toute leur fécondité que si partout on s'organise de façon à empêcher la campagne de déverser ses tuberculeux sur les villes où ils vont créer ou entretenir l'infection, et les villes de renvoyer sans plus de surveillance à la campagne les tuberculoses qu'elles auront développées. Résumé simpliste de conditions complexes que vous savez comprendre, je n'insiste pas.

La tâche est lourde, c'est vrai; elle n'est pas insurmontable. L'ennemi est fort; il n'est pas inexpugnable. Le devoir s'impose à tous d'entrer sans hésitation comme sans faiblesse dans le mouvement. Devoir impérieux si le spectacle quotidien du drame effrayant n'a pas fait oublier la solidarité qui lie les hommes devant les fléaux qui dévastent la société; devoir que le médecin surtout n'a pas le droit de fuir ou qui ne doit pas le laisser indifférent, s'il ne veut pas avoir l'air d'abdiquer de sa dignité, j'allais dire l'air de désertier un poste d'honneur. Sa participation aux mouvements susceptibles d'améliorer la santé de la famille ne donne-t-elle pas la mesure de l'intelligence qu'il a de son devoir envers la collectivité? Son dévouement envers elle n'est-il pas la pierre de touche de son caractère médical ?

Dans la lutte contre la tuberculose, qu'il s'agisse de dépister la maladie, d'assainir le taudis, d'isoler le contagieux, de protéger l'enfant, d'éduquer ou de voir aux moyens de s'armer, sa silhouette se profile à l'idée des principes qui dirigent l'effort à accomplir, et sa personnalité apparaît, s'impose comme de première nécessité si on veut passer de l'idée à l'action.

Si, à première vue, son intérêt matériel lui paraît lésé par des interventions extérieures qu'il n'avait pas souhaitées, il ne doit pas s'arrêter à des considérations mesquines; il s'apercevra bientôt que ses craintes ne tiennent pas à l'observation des faits, et qu'en entrant de plein pied dans le mouvement, son autorité en aura grandi et son milieu n'en aura pour sa personne que plus de respect. Sa coopération est utile à faciliter la réussite,

il saura la rendre plus efficace et pour ainsi indispensable par les connaissances plus précises qu'il s'efforcera d'acquérir sur la maladie.

Ses relations avec l'organisme anti-tuberculeux seront alors des plus cordiales. L'éducation qu'il fera dans son milieu inspirera sans doute la crainte de la maladie, en même temps qu'il fera bien comprendre que le tuberculeux n'est pas un pestiféré qu'on doit fuir et dont on doit se débarrasser à tout prix. Il devra combattre le traditionnel préjugé entretenu, l'ignorance qui éloigne des consultations spéciales parce qu'on craint de s'y faire déclarer consommé, et la répugnance instinctive qu'on pourrait avoir à fréquenter ces consultations.

Il devra au contraire s'estimer heureux, quand, dépassant là le malade lui-même, il aura atteint, averti et protégé, sans que le malade en ressente le contrecoup, ceux que la maladie menace. Tâche facile s'il a su conserver au tuberculeux, même sérieusement atteint, son optimisme de bon aloi pour assurer, par l'application rigoureuse des règles de l'hygiène, l'inocuité à l'entourage. Tâche facile s'il a bien su convaincre l'entourage que l'observation rigoureuse des précautions qu'il lui a enseignées le met à l'abri de tout danger.

L'enfance devra encore être l'objet de sa plus grande sollicitude, se rappelant bien que, c'est à cet âge, qu'on prend la tuberculose, et que le tuberculeux chronique n'est qu'un rescapé qui a autrefois échappé aux premières étreintes de la maladie, sans avoir pu s'en débarrasser quand il était encore le temps.

Esquisser à grands traits ce que doit être l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse pour qu'elle produise des résultats, tel a été notre but. Nous n'avons rien inventé; nous n'avons d'original que la façon d'appliquer chez nous ces moyens.

Ce plan général est celui qui a dirigé les efforts en Angleterre. C'est celui que la Commission Rockefeller s'est efforcé de développer en France. C'est celui que nous devons établir chez nous. Nous vous demandons un peu d'action; nous sollicitons votre influence et votre énergie; nous vous adjurons de coopérer à un travail d'ensemble qui seul peut assurer le succès.

O. Leclerc.

EFFICACITE DE LA FILTRATION⁽¹⁾.Par **Edgar Couillard, M. D.,**

Hygiéniste expert.

Il y aura bientôt un siècle que la filtration en masse de l'eau de boisson est connue, puisque le premier grand filtre lent du type européen fut construit à Londres en 1839.

Cette méthode d'épuration de l'eau s'est développée lentement au début, jusqu'à 1885, alors que fut introduite pour la première fois à Somerville, N.-J., la filtration rapide sur sable après traitement de l'eau par une substance chimique coagulante: le filtre rapide du type américain était créé. Pasteur venait de mettre en lumière la science de la bactériologie. Aussi, à partir de cette époque, la filtration prit-elle son essor, et durant les dernières vingt-cinq années, elle s'est développée à tel point, qu'il semble superflu, au cours de ce congrès médical, de parler de la filtration et de son efficacité sur la suppression des microbes dans l'eau.

Jusqu'à ces dernières années, nos connaissances sur cette question étaient purement livresques. Mais en même temps que la filtration s'est introduite dans la région de Québec, il nous a été possible d'observer par nous-mêmes ce phénomène de l'épuration bactériologique de l'eau, et d'acquérir des données positives, qui satisfont d'avantage l'esprit d'observation qui réside en tout médecin. Ce sont ces observations que nous voulons vous faire connaître, et, bien qu'encore peu nombreuses, elles présentent, croyons-nous, un certain intérêt.

Toutes les analyses d'eau mentionnées au cours des observations que je vais vous relater, ont été faites au laboratoire du Conseil Supérieur d'Hygiène, par Mr. le Dr. Arthur Bernier, Chef du laboratoire et professeur de bactériologie à l'Université de Montréal, et par Mr. McCraady, chimiste. A eux j'offre mes sentiments de vive gratitude, car c'est grâce à leurs travaux que j'ai pu réunir le matériel nécessaire aux observations que voici.

Obs. I.—Un filtre rapide américain avec coagulant au sulfate d'alumine opère sur l'eau du fleuve St-Laurent, eau que l'on sait fortement contaminée et franchement typhogène.

(1)—Communication présentée au Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Montréal, 8 septembre, 1922.

Avant la filtration l'eau contient :	Bactéries par c.c. sur gélose
	24 hrs. à 37.°C—48 hrs. à 20.°C.
	212 5600

Le coli-bacille est présent à raison de 170 par 100 c.c. d'eau brute.

Après filtration, 4 échantillons distincts donnent	10	295
	2	630
	4	330
	3	400
Soit en moyenne.....	5	414

Le coli-bacille n'est plus présent dans 0.1 de c.c. d'eau ; mais il reste présent dans 2 fois dans 1.c.c., et 3 fois dans 10.c.c. Soit une présence moyenne, dans les quatre échantillons, de 5 coli-bacilles par 100.c.c. de l'eau filtrée.

La réduction moyenne obtenue de la totalité des microbes qui cultivent x 20.° Cent., après 8 hrs. d'ensemencement, a été de 92.60%.

La réduction obtenue sur le coli-bacille : 2 fois, 95.30% — 1 fois, 100.00% — 1 fois, 97.06%.

De plus, recherché 942 fois dans l'eau filtrée, le coli-bacille n'a fait fermenter la bile lactosée que 547 fois. Sa disparition a donc été totale dans 41.92% des cas, 5.c.c. d'eau brute étant ensemencés chaque fois.

Au point de vue pratique, pour ne pas dire au point de vue clinique, voici quel a été le résultat de la filtration : Dans cette habitation collective dont la population est d'environ 1000 personnes, dont 800 enfants de 5 à 14 ans, la fièvre typhoïde existait antérieurement à l'état endémique. A partir du mois de mai 1921, époque à laquelle fut installé le filtre, jusqu'au premier septembre 1922, soit une période de seize mois, aucun cas de fièvre typhoïde d'origine hydrique n'a été observé dans la maison. On utilisait la même eau de boisson, la filtration est la seule modification apportée dans cette institution.

Obs. II.—Dans une maison d'enseignement secondaire, un filtre rapide américain avec coagulant au sulfate d'alumine opère sur l'eau d'un puits s'alimentent à une nappe superficielle. Avant la filtration c'est un puits mauvais, peu profond, à parois perméables, sis dans un sol insalubre, occupé depuis longtemps par des habitations et des dépendances qui se trouvent légèrement en contre-haut, les surfaces entourant immédiatement le puits étant utilisées pour fins agricoles.

Avant la filtration l'eau contient :

			Bactéries par c.c. sur gélose, 24 hrs à—48 hrs à 47.°C.—20.°C.		coli-bacille dans 0.1-1.0-10.c.c. et dans 100.c.c.	
1915:	Avril	21.....	78	775	0/10-1/10-1/2	2
	Mai	18.....	126	205	1/10-2/10-2/2	32
1920:	Avril	13.....	244	7400	0/10-2/10-2/2	8
(Sept. 1920: les parois du puits sont imperméabilisées.)						
1921:	Fév.	16.....	5	130	0/10-0/10-0/2	0
	Mars	9.....	11	420	0/10-0/2	0
	Avril	8.....	76	560	2/10-2/2	27
	Oct.	13.....	22	93	2/10-1/2	13
	Nov.	23.....	710	5200	3/10-2/2	38
Moyenne :			<u>159</u>	<u>1590</u>		<u>21</u>

Le coli-bacille est présent 1 fois sur 4 dans 0.1 c.c.; six fois sur 8 dans 1.c.c. et dans 10.c.c. Dans 100.c.c. de l'eau brute, il est présent à raison de 21 en moyenne.

Après la filtration, les analyses donnent les résultats que voici :

		Bactéries par c.c. sur gélose, 24 hrs à—48 hrs à 37.°C. 20.°C.		Coli-bacille dans 100.c.c.
1921:	Fév.	16.....	2 170	0
	Mars	9.....	3 103	0
	"	9.....	2 106	0
	"	9.....	14 101	0
	"	24.....	10 112	0
	Avril	18.....	50 245	8
	"	16.....	16 250	8
	Oct.	13.....	2 6	0
	"	13.....	3 13	0
	Oct.	13.....	17 14	3
	Nov.	23.....	16 138	0
	"	20.....	20 191	0
Moyenne :		<u>36</u>	<u>120</u>	..

Le coli-bacille n'est présent que trois fois dans cette eau filtrée, sur un total de 12 analyses.

Comparant l'ensemble des analyses d'eau brute et filtrée, dont les échantillons ont été prélevés aux mêmes dates, nous constatons que :

10.—La réduction moyenne obtenue sur la totalité des microbes qui cultivent à 37.°C., et après 24 hrs. d'ensemencement, a été ici de 92.12%.

20.—La réduction moyenne obtenue sur la totalité des microbes qui cultivent à 20.°C., après 48 hrs. d'ensemencement, a été de 85.00%.

30.—Sur le coli-bacille, la filtration donne 9 fois une réduction de 100. par cent,—deux fois une réduction de 60.40%,—1 fois, 92.30%.

De plus, recherché 1408 fois dans l'eau filtrée, le coli-bacille n'a fait fermenter la bille lactosée que 179 fois. Sa disparition a donc été totale dans 87.29% des cas, 5.c.c. d'eau étant ensemencés chaque fois.

Au point de vue pratique le résultat de la filtration a été celui-ci : Dans cette habitation collective, dont la population de 800 âmes est composée de jeunes écoliers dont l'âge varie de 10 à 24 ans, la fièvre typhoïde existait à l'état endémique depuis une vingtaine d'années, avec effervescences épidémiques assez fréquentes causant des mortalités. Il y a dix ou 12 ans, les autorités abandonnaient l'usage de l'eau du fleuve, et y substituaient l'eau du puits dont il est question au début de cette observation, espérant par ce moyen se débarrasser de la fièvre typhoïde; ce changement n'apporta pas une amélioration sensible à la situation. Ce n'est qu'en septembre 1920 que commença la filtration en même temps que l'on donna au puits une parois imperméable. De septembre 1920 au 1er août 1922, soit une période de 23 mois, la typhoïde d'origine hydrique est disparue de cette maison d'éducation.

On remarquera facilement au cours de cette observation que l'efficacité de la filtration en ce qui concerne surtout le coli-bacille est généralement plus marquée que dans l'observation précédente, quoique dans les deux cas cités la filtration de l'eau est opérée par des appareils absolument identiques quant au dispositif et au mécanisme; la seule différence est dans leur dimensions, le premier étant un peu plus grand que le dernier. Si le résultat diffère, c'est que dans le deuxième cas la filtration s'effectue sur une eau appartenant à une nappe superficielle mais souterraine, beaucoup moins contaminée que l'eau de surface du fleuve St-Laurent. Bien que la filtration rapide sous pression avec coagulant ne supprime totalement le coli-bacille que dans 42.50% des cas au cours de notre première observation, il n'en reste pas moins que l'eau du fleuve est suffisamment épurée, puisque nous obtenons la suppression de la typhoïde parmi la population que cette eau alimente. En définitive nous obtenons le même résultat pratique dans nos deux observations.

Obs. III.—Cette troisième observation a trait à une ville qui reçoit son eau de boisson du fleuve St-Laurent. Elle traite son eau d'abord par le sulfate d'alumine comme coagulant; puis elle la fait passer à travers un filtre de sable du type rapide à gravité, pouvant filtrer 1,000,000 de gal-

lons d'eau par jour; puis enfin l'eau est finalement traitée par le chlore gazeux.

Les essais faits le 7 mars 1922 démontrent ce qui suit: Le nombre des microbes dans l'eau à son arrivée sur le filtre était de 185 par centimètre cube; après filtration l'eau n'en contenait plus que 60 par c.c.: soit une diminution de 96.76%. Après chloration la teneur n'était que de 1 germe: diminution de 99.50%.

Le coli était de 170 par 100.c.c. dans l'eau brute; après filtration ce chiffre tombe à 4, pour disparaître totalement après chloration. (T. Lafrenière, Ing.-San.)

Le 19 juillet 1922, l'eau brute du fleuve contenait:

Microbes 24 h. à 37.°C.	Efficacité de filtration	Microbes 48 h. à 20.°C.	Efficacité de filtration	Coli-B. par 100.c.c.	Efficacité de filtration
150		535		350	
Eau filtrée: (trois échantillons pris à des endroits différents).					
3	98.0%	17	97.0%	0	100%
4	97.4%	5	99.07%	0	100%
1	99.44%	10	98.14%	0	100%

Nous obtenons ici une réduction moyenne de la teneur microbienne totale, de 98.28%; et une réduction du coli-bacille à 0, soit 100%.

Maintenant, au point de vue pratique, nous ne savons rien de la marche de la typhoïde parmi la population de cette ville avant et après la filtration. Les quelques cas pour lesquels nous avons pu faire une enquête épidémiologique depuis la filtration n'avaient pas pour cause l'eau du fleuve ainsi traitée. La seule conclusion que nous puissions tirer, c'est que l'eau est parfaitement épurée, et qu'elle n'est plus typhogène, contrairement à ce qu'elle était avant la filtration.

Obs. IV.—Un filtre Berkefeld (bougie en terre d'infusoires) opère sur une eau provenant d'une petite rivière dont les multiples rameaux affluents circulent en sol habité. Le filtre est du type du petit modèle employé dans les laboratoires et les habitations privées. Deux filtres séparés sont adaptés à deux robinets distincts dans la maison.

	Bactéries sur gélose		
	par c.c.		Coli-bacille dans
	24 h. à 37.°C.—48 h. à 20.°C.		100 c.c.
16 août 1918:			
(a) Eau brute.. ..	87	680	69
(b) Eau après passage à travers un premier Berkefeld	36	3600	0
2ème Berkefeld	22	81	0

4 Sept. 1919:

(c) Eau brute	132	217	79
“ “	52	172	74
“ “	96	520	58
(d) Filtre Berkefeld	120	214	0

1o.—La réduction moyenne sur la totalité des microbes qui cultivent à 37.°C. après 24 hres d'ensemencement, a été de 66.68% pour le premier essai, et nulle ou négative pour le deuxième.

2o.—La réduction moyenne sur la totalité des microbes qui cultivent à 20.°C. après 48 hres d'ensemencement diffère totalement, suivant que l'on considère l'un ou l'autre des deux filtres employés le 16 août 1918: De 680 par c.c. qu'ils étaient dans l'eau brute, ils s'élèvent à 3600 après passage à travers le premier filtre, tandis qu'ils subissent une diminution réelle de 88.09% après passage à travers le second filtre. Pour l'essai du 4 sept. 1919, la réduction est de 69.38%.

La réduction du coli-bacille a été de 100% dans les trois cas, alors que dans les quatre échantillons d'eau brute on le trouve toujours présent dans 0.1-1.0-10.c.c.

Durant la période d'utilisation des filtres Berkefeld, nous avons pu constater la suppression totale de la fièvre typhoïde dans cette maison d'enseignement commercial, de plus de 125 personnes.

Conclusions: Ces observations concordent avec ce que nous enseignent les auteurs classiques, à savoir: 1o.—La filtration rapide diminue la teneur microbienne générale de 85.00%, chiffre le plus bas obtenu au cours de nos observations, à 99.44%, chiffre le plus élevé que nous ayons obtenu.

2o.—Que cette même filtration rapide supprime totalement le coli-bacille dans presque la moitié des cas, et lorsqu'il ne disparaît pas complètement, elle le réduit dans une proportion de 95 à 97%.

3o.—Que la fièvre typhoïde d'origine hydrique est à coup sûr supprimée parmi les populations buvant une eau qui a subi la filtration rapide seule ou suivie de la chloration.

4o.—Que la chloration jointe à la filtration rapide épure sûrement une eau riche en microbes et nettement typhogène comme celle de notre fleuve St-Laurent, alors que la filtration rapide seule donne, un résultat moins satisfaisant au point de vue bactériologique.

5o.—Que les filtres Berkefeld suppriment la typhoïde, font disparaître le coli-bacille, tout en ayant l'inconvénient d'ajouter parfois à la teneur microbienne générale.

Edgar Couillard.

LES MEFAITS DU MASSAGE ET DE LA MOBILISATION METHODIQUE DANS LES FRACTURES DE L'ENFANT.

Il n'y a pas de doute que le massage et la mobilisation méthodique acquièrent chez l'adulte une importance croissante avec l'âge des sujets. En effet, le massage présente des avantages incontestables : "en faisant disparaître la contracture, permettant une exploration clinique plus complète du foyer, facilitant la réduction, favorisant la résorption de l'épanchement et de l'infiltration sanguine, la disparition du gonflement, activant la circulation et la nutrition des muscles." (1) La mobilisation d'abord passive puis bientôt active est encore plus utile, puisqu'elle s'adresse à la fois, comme le dit Fay, à la musculature, à la nutrition et aux articulations. Elle est en somme, le meilleur traitement préventif des raideurs articulaires et de l'atrophie musculaire.

Mais la question change totalement d'aspect si on la confine aux fractures de l'enfant. Il en est de même pour un grand nombre des affections chirurgicales de l'enfance, qui présentent un caractère particulier dû à l'état de croissance des tissus où ces affections se développent. La croissance est un facteur dont l'importance domine toute la pathologie infantile et que l'on ne saurait méconnaître sans s'exposer aux pires désastres. Et si le massage et la mobilisation méthodique constituent un traitement excellent des fractures de l'adulte, l'état de croissance des tissus osseux et périostiques de l'enfant exige une thérapeutique différente.

Chez l'enfant, en effet, le périoste diffère considérablement de celui de l'adulte. Outre qu'il est plus épais et plus résistant, on trouve à sa partie profonde une série plus ou moins nombreuse de cellules jeunes ou ostéoblastes, emprisonnées dans un fin réticulum conjonctif et dont l'ensemble constitue la couche ostéogène d'Ollier, appelée aussi la moëlle sous-périostale. Et, alors que l'os s'accroît en longueur au dépens du cartilage conjugal, c'est au dépens de cette couche ostéogène qu'il va s'accroître en épaisseur.

Grâce à la présence de cette couche dont la puissance ostéogénique est considérable, les fractures de l'enfant se consolident avec une rapidité tout-à-fait inconnue à l'adulte. Par contre, cette suractivité du périoste ne va pas sans des inconvénients sérieux, principalement dans les fractures juxta-articulaires. En effet, dans ces cas, on voit se former des produc-

(1) —Tanton: Fractures.

tions sous-périostées abondantes qui peuvent devenir une gêne fonctionnelle dont l'aboutissant nécessaire sera une limitation des mouvements de l'articulation, voire même une ankylose. On comprend dès lors très facilement l'influence particulièrement néfaste que peuvent avoir le massage et la mobilisation, au niveau de ce foyer de fracture dont la périoste se trouve déjà suffisamment irrité par le trauma. Masser et mobiliser la région, c'est encore exalter l'ostéogénèse, c'est favoriser d'une façon certaine ce qu'il faut à tout prix éviter.

Dans les fractures diaphysaires, la limitation des mouvements n'est pas à craindre, mais il vaut cependant mieux s'abstenir de tout massage, parce que, toujours d'après le même principe, il faudrait s'attendre à voir se produire un cal exubérant et douloureux.

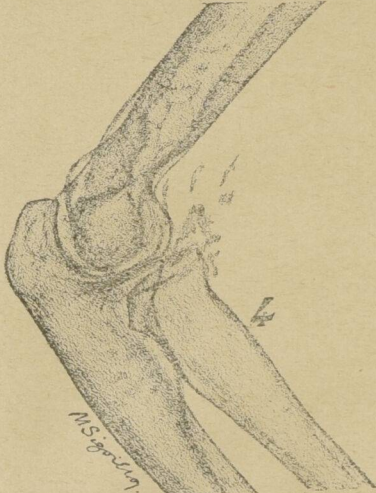
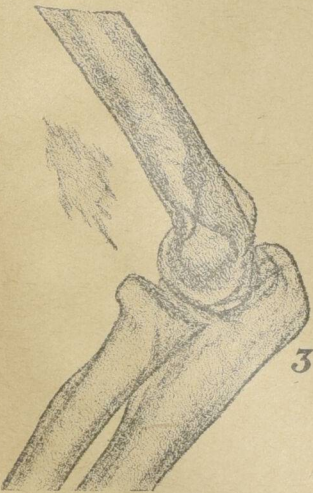
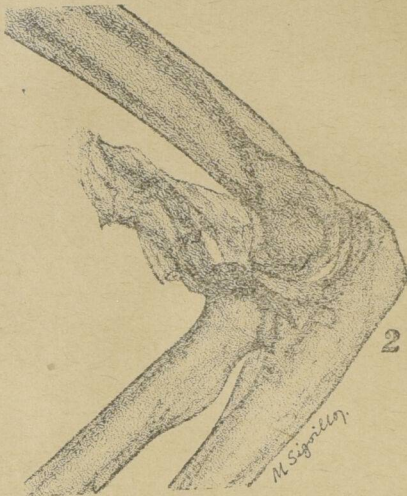
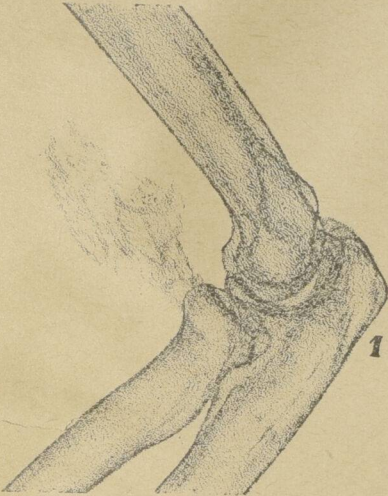
Dans les fractures juxta-articulaires où le voisinage de l'articulation rend particulièrement néfaste la formation de productions sous-périostées, l'abstention totale est la règle, si l'on ne veut voir se transformer en lésions graves des lésions qui, sans un traitement intempestif, eussent été des plus bénignes.

Le danger existe pour toutes les régions juxta-articulaires, mais au nombre de celles-ci, la région du coude mérite une attention toute spéciale, à cause de la grande fréquence des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. Et qu'il s'agisse de la simple entorse du coude ou d'une lésion plus grave, telle qu'une fracture supra-condylienne ou une luxation, il est extrêmement important de ne pas fouetter, par le massage ou la mobilisation, un périoste beaucoup trop actif.

L'entorse du coude est une lésion assez fréquente chez l'enfant, puisque, par rapport aux autres lésions du coude, elle occupe le troisième rang, à côté des fractures de l'épitrachée.(1) Cette entorse guérit en huit à dix jours par l'immobilisation; mais, comme les lésions de l'entorse chez l'enfant sont des lésions cartilagineuses et périostiques, parce que les ligaments très souples se laissent distendre, si on masse la région intéressée, des ossifications sous-périostées se produisant, au niveau des insertions des ligaments arrachés vont limiter les mouvements et rendre l'articulation douloureuse. Combien d'enfants s'étant fait une entorse du coude voit-on revenir au bout de trois semaines, présentant une articulation douloureuse, et à mouvements limités, grâce à l'intervention insuffisamment désintéressée d'un masseur !

Ce qui est vrai pour l'entorse du coude l'est encore davantage s'il s'agit d'une lésion plus importante, telle qu'un décollement, une fracture ou une

(1)—Thèse de Morel: L'Entorse du coude chez l'enfant.



luxation, lésions où, chez l'enfant, il est constant d'observer des décollements du périoste, qui, très épais et très résistant, au lieu de se laisser briser, se décolle sur une certaine étendue, faisant comme un pont qui réunit les deux fragments.

A la suite de fractures ou de luxations du coude, on a vu parfois se produire de véritables ostéomes dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur. Ces ostéomes ont déjà été l'objet de nombreux travaux, qui cependant n'ont pas encore suffi à en établir nettement la pathogénie. Mais que l'on y voit avec Virchow l'aboutissement d'une myosite ossifiante, ou avec Orlow la conséquence de l'arrachement et la prolifération consécutive d'un fragment périostique ou ostéopériostique, ou encore avec Seydeler la transformation pure et simple d'un hématome, il semble absolument certain, que l'irritation de cette néo-formation, que ce soit sous forme de massage ou de mobilisation, est tout ce qu'il y a de plus favorable à son développement. Certains de ces ostéomes, devenant gênants par leur volume excessif, nécessitent parfois l'extirpation; et, malgré sa bénignité apparente, cette intervention ne va pas sans des ennuis sérieux, puisqu'on peut observer à sa suite une récurrence, et, ce qui est plus grave, une rétraction cicatricielle du muscle intéressé.

Nous reproduisons ici quelques-uns de ces ostéomes qui ne sont développés chez de jeunes sujets à la suite de luxation du coude.(1)

Donc, étant donnée une fracture chez un enfant, quelle sera la règle à suivre? Immobiliser le foyer de fracture, et sitôt que sera écoulée la période de temps nécessaire à la consolidation, enlever l'appareil et laisser le membre se mobiliser spontanément. La fonction reviendra d'elle-même avec l'usage du membre. Il en sera de même pour la luxation du coude; après avoir immobilisé huit à dix jours dans une écharpe ou un bandage, on laissera l'articulation s'assouplir spontanément.

Jusqu'à quel âge faut-il s'abstenir? Nous disions plus haut qu'il faut avant tout incriminer l'état de croissance des tissus; la croissance terminée, avec la suppression de la cause disparaît, sans aucun doute, l'effet à redouter; mais, chez les adultes jeunes, où, comme chez l'enfant, sont moins à craindre l'atrophie musculaire et les raideurs articulaires, il vaudra toujours mieux être d'une extrême réserve, quitte à en user plus largement chez le veillard.

Paris, le 19 août, 1922.

Dr. Georget Audet.

(1)—Ces radiographies ont déjà été reproduites dans la thèse de Sorrel.

REUNION DES SOCIETES MEDICALE DES TROIS-RIVIERES ET PORTNEUF

Tenue à ST-CASIMIR, Co. Portneuf, le 17 août, 1922.

Présidence Honoraire: Dr. J. H. Leduc, Prés. Soc. Méd. Tr.-Riv.

Présidence: Dr. Dolbec, de St-Casimir.

Médecins présents:—Dr P. C. Dagneau, de Québec, professeur à l'Université Laval; Dr. Thos. Savary, Pont-Rouge; Dr. Letarte, de St-Alban; Dr. Pierre Gauthier, de Deschambault; Dr. Dolbec, Dr. Labrecque, Dr. Poulin, M. Foley, E.E.M., de St-Casimir; Dr. Archambault, de Grondine; Dr. Jules Desrochers, de St-Raymond; Dr. Lavallée, de Pont-Rouge; Dr. E. Poliquin, de Portneuf; Dr. A. Marcotte, Dr. L. Bouillé, de Ste-Anne de la Pérade; Dr. Fillion, de Notre-Dame-des-Anges; Dr. C. A. Raymond, de Donaconna; Dr. N. Perreault, Dr. G. LaBarre, Dr. Ls. Bélisle, Cap de la Madeleine; Dr. O. Tourigny, Dr. C. A. Bouchard, Dr. J. C. Gélinas, Dr. A. J. Aubin, Dr. A. Panneton, Dr. L. P. Normand, Dr. J. H. Leduc, Dr. R. Beaudry, Dr. C. E. Darche, Dr. O. E. Desjardins, de Trois-Rivières.

M. le Dr. Aug. Panneton, des Trois-Rivières parle de la "céphalolgie", en rapport avec les maladies des yeux, des oreilles et du naso-pharynx.

M. le Docteur Thos. Savary, de Pont-Rouge, présente à l'auditoire le Dr. P. C. Dagneau, le conférencier du jour.

Le Dr. P. C. Dagneau, professeur à l'Université de Québec, commence par citer le vers fameux:

"Timeo Danacos et dona ferentes."

et dit qu'il se sent un peu confus des paroles élogieuses que l'on vient de prononcer à son adresse. Puis, avec beaucoup d'esprit, il corrige le titre de sa conférence, qu'un secrétaire, très enthousiaste, avait mal saisi sur le fil de "longue distance". Il parlera donc "de certains états aigus du petit bassin chez la femme." Mais avant d'entrer dans le vif de son sujet, le Dr. Dagneau se fait un plaisir d'exprimer ses bons sentiments à M. le Dr. Tourigny, nouveau gouverneur, et ses félicitations au Dr. Normand, nouveau président du Conseil Fédéral Médical du Canada, et ajoute: "heureux pays où un bon homme remplace un bon homme sans qu'il y ait lutte."

Comme pour nos réunions régionales précédentes, le secrétaire doit ici s'excuser auprès du lecteur du compte-rendu qu'il va tenter de faire d'un travail de haute portée scientifique et où la forme parfaite le disputait à un fond de science très riche. Mais comme nous nous le sommes proposés dès

le début de ces réunions régionales, nous essaierons de résumer aussi fidèlement que possible cette magnifique causerie, espérant que le conférencier ne nous en voudra pas si nous ne rendons pas justice complètement à sa réputation. Il en sera quelque peu responsable, puisqu'il a discoursé une heure durant sans aucune note écrite que le secrétaire aurait pu subtiliser pour servir de base à son compte-rendu.

Le Dr. Dagneau commence par décrire un cas d'occurrence assez fréquente, où la femme se plaint de son ventre depuis 10, 12, ou 24 heures. Pas de vomissements, pas de selles, ayant débarrassé son intestin la veille; vous attendez, et ça s'en va. Au bout d'un certain temps, ça revient formidable. La femme est exsangue; vous examinez et vous vous trouvez en présence d'une grossesse ectopique. C'est contraire aux livres. Et la malade de cette sorte la mieux apparente est peut-être la plus difficile à soigner. D'où, conclut le conférencier, la difficulté de faire un diagnostic précis chez ces malades.

Pour éclairer la question il décrit quelques-uns de ces états aigus du petit bassin chez la femme. Et d'abord, voici une femme ou une fille, sans enfants. Histoire menstruelle assez normale quant à la durée, mais présentant des métrorrhagies; elle perd assez pour se sentir fatiguée après ses règles, contrairement à la normale. Un jour, elle ressent une douleur vague, mais profonde, dans son ventre. Elle a 100 à 102 degrés; température plus marquée le soir, mais n'oscille pas; elle va à la selle. A l'examen rectal, le bassin est chaud, douloureux. Si vous faites l'examen vaginal vous êtes en présence d'un état inflammatoire. Mais d'où vient l'infection? Vous éliminez, parce qu'avec raison, la gonococcie. Songez, dit-il, que le métrorrhagie des vierges est la signature de la tuberculose des annexes. Cherchez et vous trouverez quelques transpirations nocturnes, des troubles digestifs, un peu de diarrhée, et plus tard, dans le fond du ventre un petit épanchement ou un peu de crépitation du péritoine pariétal. Cet état relève de la chirurgie, et si l'intervention n'est pas hâtive, vous aurez plus tard une masse intestinale. On n'y pense pas souvent, et cependant assez nombreuses sont les malades qui en sont atteintes.

Voici une autre femme. Elle était bien hier. Elle est de bonne famille. Son mari s'absente rarement de la maison. Mais un soir, après une soirée passée au dehors, à son retour, il accomplit, ce qu'un confrère a déjà décrit comme devoir matrimonial, et passe à son épouse une chose peu agréable à recevoir. Cette femme a une grande douleur dans le ventre. Vous questionnez. Elle a bien perdu en blanc quelque peu après ses accouchements, et après ses règles, mais ce n'est rien qui tache les linges. Temp. de 100 à 101 degrés. Pas de symptôme abdominal; le pouls est accéléré, et la douleur est violente. A l'examen, les culs-de-sacs sont endurcis et excessi-

vement douloureux des deux côtés, en arrière et un peu en avant; tout au plus y a-t-il un petit espace qui n'est que peu douloureux, près de la vessie, et la malade urine facilement. Cette femme a un salpingite double gonocci-que. On est porté à ouvrir le ventre. On aurait tort. Cette malade avec un traitement approprié guérira de sa salpingite, s'entend.

Voici le cas d'une femme chez qui l'appendice va se coller sur un organe du petit bassin. Un jour la femme est prise de douleur violente au côté droit, mais pas au point de MacBurney, plus bas. Elle a quelque peu envie de vomir, un peu de température; ça dure depuis 24 heures. Quand elle est au repos, ça ne fait pas trop mal; mais les mouvements exaspèrent la douleur. A l'examen vaginal, on trouve le cul-de-sac droit empâté et très sensible. Elle a une appendicite qui relève de la chirurgie, et ici, le conférencier répète le grand axiome de l'intervention à bonne heure, et ajoute que jamais l'on regrette d'avoir opéré, tandis que l'on regrette souvent d'avoir temporisé.

La femme suivante est prise soudainement d'une douleur violente au ventre. On ne peut pas le toucher, elle n'a pas de température, le pouls est à 120, elle ne va pas à la selle, elle n'a pas saigné, son ventre est très dur. Le toucher vaginal amène le doigt sur une paroi régulière. Rien à relever dans son histoire. Depuis quelque temps, son ventre grossit lentement. Il y a une tumeur et son pédicule s'est tordu. Pourquoi? Les symptômes de torsion se rapprochent des symptômes de la hernie étranglée. Dans ces cas toujours enlever la tumeur en dépassant le point de torsion, et vous assisterez, étonnés à une résurrection rapide de cette malade. Que s'est-il passé? Les phénomènes d'intoxication profonde ont cessé de se produire, car dans ces torsions de tumeurs il se produit de la nécrobise des tissus, d'où intoxication par résorption.

Une autre malade éprouve une légère douleur dans le ventre; elle se repose et tout rentre dans l'ordre. Mais au bout d'un certain temps le même état se reproduit. A l'examen, un peu d'empâtement du Douglas. On fait l'histoire pour retracer les signes de grossesse. Ne pas confondre les écoulements de la grossesse ectopique avec l'écoulement sanguin qui se produit lors de la rupture de la grossesse ectopique. Ici le conférencier raconte quelques cas de grossesse ectopique qu'il a vus en pratique.

Puis il insiste surtout sur la nécessité de faire un diagnostic précis, en analysant bien les symptômes présentés par ces malades.

M. le Dr. L. P. Normand présente ses remerciements au professeur Dagneau, et fait un résumé du magistral travail que l'on vient d'entendre en insistant sur les points saillants de cette causerie.

Le Dr. C. A. Raymond, de Donacconna, traite des "Intérêts professionnels". Le Dr Raymond parle des charlatans et de la pratique illégale.

Il mentionne et dénonce la conduite de ces médecins qui ne craignent pas de dénigrer leur voisin. Comme conclusion il souhaite que le nouveau Bureau médical fera la lutte pour de bon aux charlatans. Il parle aussi du problème de la vente libre des remèdes patentés. En terminant il prie M. le Dr. O. Tourigny, nouveau gouverneur de donner sa manière de penser sur ces questions.

M. le Dr. O. Tourigny, se prête de bonnes grâces et dit que, conformément à ce qu'il a dit aux électeurs de son district, il s'efforcera de bien se renseigner sur ces diverses questions, et qu'il travaillera de son mieux à protéger les intérêts des membres de la profession.

M. le Dr. Dagneau, ancien gouverneur, est prié de dire quelques mots sur ces questions. Il s'exécute de suite et donne ses impressions sur tous les problèmes soulevés ces dernières années dans les revues par les médecins. Quant aux charlatans, il croit qu'il y en aura toujours, mais il est bien d'avis qu'il faut leur faire une lutte constante et qu'un bon moyen c'est de les poursuivre sans relâche afin d'arriver à les faire déguerpir. Sur le chapitre des remèdes brevetés, il note justement que c'est une lutte très dure à faire parce que tous les fabricants de drogues sont très puissants, financièrement parlant, auprès des gouvernants. Quant au tarif médical, il croit qu'il y a déjà amélioration parce qu'il y a plus d'entente entre les médecins d'une même région, et à ce sujet, il cite la Soc. Méd. de St-Sauveur qui a établi un tarif plus protecteur.

*Omer E. Desjardins, M. D.,
Séc. Soc. Méd. des Trois-Rivières.*

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

CHRONIQUE UNIVERSITAIRE

Ecole de Médecine :—Nous sommes heureux d'annoncer l'agrandissement prochain de l'Ecole de Médecine, à l'Université Laval de Québec. Dès l'année prochaine, cette bâtisse—à 4 étages, sans le rez-de-chaussée,—aura un front de 170 pieds sur une profondeur de 50 pieds. Les professeurs et les élèves auront alors toutes les facilités voulues dans un aussi vaste bâtiment. Cet agrandissement était nécessité du reste par les exigences de plus en plus grandes du cours de médecine, et surtout par l'augmentation du nombre des étudiants. Ainsi, avant ces dernières années, la moyenne annuelle des étudiants nouveaux était de 25 à 30. L'année dernière les élèves de première année de médecine étaient au nombre de 58; cette année, leur nombre est de 65. A ce train-là, dans 3 ans, l'Université Laval de Québec comptera plus de 250 étudiants en médecine. Il fallait de l'espace pour un pareil nombre d'étudiants! eh bien! ils l'auront.

De plus, dame rumeur veut que les R.R. S.S. de l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang agrandissent leur hôpital de manière à avoir deux cents lits de plus. Il est aussi fortement question de la construction d'un grand hôpital universitaire, de 400 lits, avec toutes les améliorations modernes, sur un des plus beaux sites des environs de Québec, et cela dans un avenir très prochain.

Evidemment l'avenir sourit à Québec, au point de vue de l'enseignement médical.

* * *

Cliniques dentaires :—"Depuis longtemps, nous désirions faire bénéficier les étudiants en médecine de cliniques dentaires. Ce désir est enfin réalisé." Telles sont les paroles par lesquelles le Recteur de l'Université Laval, Mgr Nap. Gariépy, annonçait, à la fin de l'année universitaire, la fondation d'un cours élémentaire d'odontotechnie. C'est une très heureuse innovation qu'on réalise. Cela comble une lacune dans notre enseignement médical.

Autrefois le médecin sortait de l'Université avec un très mince bagage en fait de connaissances des soins à donner aux dents, soit pour leur conservation, soit pour leur extraction. A l'avenir nos étudiants en médecine auront cet immense avantage d'avoir eu une trentaine de leçons théoriques et pratiques, données par des dentistes d'expérience: les Docteurs Arthur Langlois et Stanislas Gaudreau, nouvellement nommés professeurs agrégés. Nos étudiants d'aujourd'hui sortiront donc de l'Université mieux outillés que leurs aînés, et plus en état de rendre service à leurs patients, souffrant de maladies dentaires.

* * *

A propos d'hygiène :—De nouveau, cette année, la Faculté de Médecine donne un cours spécial d'hygiène pour la formation d'hygiénistes experts, lesquels, une fois diplômés et nommés inspecteurs, se consacreront exclusivement au service de la santé publique. C'est une noble mission que cinq médecins, pour le moment, ambitionnent de remplir. Ce sont messieurs les Docteurs Edmond Ouellet, Andronique Lafond, Eusèbe Chabot, Joseph Morin, et Paul Parrot.

Ces cours sont commencés au mois d'octobre et se termineront en toute probabilité en février prochain.

* * *

A l'instar des "*semaines sociales*", nous avons eu, dans le cours du mois d'octobre, une "*semaine d'hygiène*", qui est aussi, mais à sa façon, une semaine sociale.

Les professeurs de cette nouvelle université ambulante—je veux dire les inspecteurs d'hygiène, les médecins, les curés, etc.—au lieu de se rassembler dans une ville, se sont dispersés par toute la province, pour y répandre la bonne parole de l'évangile sanitaire. Si l'on en croit les rapports, le résultat ne peut manquer d'être heureux. Cette éducation du peuple, voilà bien la base la plus rationnelle de tout mouvement social en fait d'hygiène. Sans elle, on n'obtiendra pas grand succès. Je me rappelle encore la belle semaine que Québec a consacrée, il y a quelques années, à l'oeuvre de la tuberculose. Les heureux effets de l'éducation populaire, qui se fit alors, se font encore sentir. Il en sera de même, espérons-le, pour la semaine d'hygiène que nous venons de vivre.

* * *

Nouvelle bourse :—La France vient d'offrir une bourse à la Faculté de Médecine de l'Université Laval. Et c'est un de ses meilleurs élèves, M. Ferdinand Gagnon, qui en est l'heureux bénéficiaire. Tout naturellement nos félicitations vont à ce dernier ; mais notre reconnaissance et notre gratitude vont à la France pour ce bel acte de générosité.

Dans le passé, l'Université, ou mieux le séminaire, envoyait à ses frais, des jeunes gens, dans les universités européennes pour se perfectionner dans les sciences et les arts. Dans ces dernières années, le gouvernement provincial a fondé des bourses à cet effet. Déjà un certain nombre des nôtres ont profité de cette largesse des autorités civiles. Dame rumeur veut que dès l'année prochaine, le gouvernement porte le nombre de ces bourses à 15 au lieu de huit qu'elles étaient jusqu'à présent. Ce serait aussi, dit-on, l'intention des autorités provinciales de porter le nombre de ces bourses

jusqu'à 25. Tant mieux. Le gouvernement ne pouvait mieux employer les ressources dont il dispose. C'est un très beau geste de sa part. Cela ne contribuera pas peu à maintenir, à notre province, sa réputation de haute culture intellectuelle, et en tout cas, à lui permettre de soutenir la comparaison, comme le dit l'Honorable M. Chapais, dans sa conférence sur Lord Durham, de soutenir la comparaison, dis-je, avec n'importe quelle province de la confédération canadienne.

La France vient à son tour offrir à un de nos étudiants le don gratuit d'une bourse. Nous ne pouvons manquer de souligner ce bel acte de générosité, qui consolide des relations d'amitié déjà anciennes.

A. J.

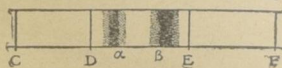
OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

ANÉMIES
CONVALESCENCES
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

SPECTROL

2 à 4 cuillerées à potage
par jour.

SPECTROSCOPIE DU SANG NORMAL



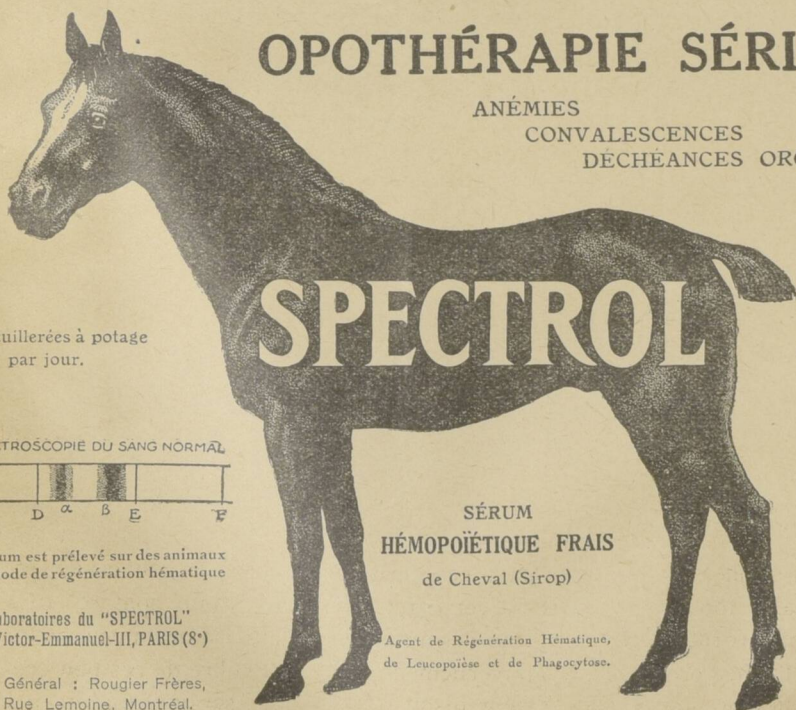
Le Sérum est prélevé sur des animaux
en période de régénération hématique

Laboratoires du "SPECTROL"
71, Av. Victor-Emmanuel-III, PARIS (8°)

Dépot Général : Rougier Frères,
210, Rue Lemoine, Montréal.

SÉRUM
HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS
de Cheval (Sirop)

Agent de Régénération Hématique,
de Leucopoièse et de Phagocytose.



REVUE DES JOURNAUX

PHIMOSIS

M. Rousseau Saint Philippe fait sur ce sujet, devant l'Académie de Médecine, (4 juillet 1922) une communication dont voici les conclusions :

1o—La plupart des enfants naissent avec un prépuce irrégulier, incorrect, incapable d'accomplir la fonction à laquelle il est destiné : c'est le phimosis congénital.

2o.—Les formes les plus fréquentes à la naissance, et partant les plus dangereuses, sont celles où existent l'atrésie presque complète du méat, avec adhérence, le défaut de parallélisme entre les 2 orifices, d'où l'inflammation, l'infection et l'infiltration d'urine avec ses conséquences graves : gangrène et urémie. C'est donc surtout chez les nourissons qu'il importe d'agir de bonne heure.

3o—La méthode de douceur, dite de dilatation, suffit en général, à cet âge, pourvu qu'elle soit accompagnée de la libération des adhérences et des soins consécutifs intelligents, et rien n'est plus facile.

4o—La circoncision ou méthode sanglante, qui n'est pas une opération de choix, à cause du stigmate qu'elle laisse après elle, devra réservée aux phimosis du second âge démesurément long, ou à ceux chez qui la dilatation aurait manifestement échoué.—(*La Pr. Méd.*, No. 54, 1922).

Dans la *Presse Médicale* (1er mars, 1922), le Dr J. Comby résume de la manière suivante ses conseils au sujet du phimosis :

1°—En présence d'un prépuce trop long et trop étroit chez un petit enfant, avant de prendre le bistouri, on essayera modérément de le décoller, dilater et ramener en arrière avec les doigts. Répétant avec douceur, et prolongeant cette manipulation, on verra bientôt l'orifice préputial se dilater et, à travers sa béance, le gland apparaître. Toute opération sanglante est dès lors condamnée.

2°—Si après avoir aperçu le gland, on est arrêté par des adhérences balano-préputiales, on cessera les tractions rétrogrades, remettant au lendemain les manoeuvres libératrices.

3°—Au besoin, après avoir lavé le gland et le prépuce à l'eau bouillie tiède ou à l'eau oxygénée, on détache les adhérences avec l'extrémité d'une sonde cannelée préalablement flambée. Ce travail pourra être terminé en une ou plusieurs séances, suivant les cas.

4°—Si l'enfant est endormi pour une grande opération, on en profitera pour dilater le phimosis avec une pince hémostatique propre, et libérer en même temps toutes les adhérences balano-préputiales.

5°—Cela fait, on lubrifie avec la vaseline stérilisée ou la pommade au collargol, et on panse avec la gaze stérilisée.

6°—La circoncision, sauf les cas rituels, sera réservée aux enfants

dont le prépuce n'est pas dilatable et dont la miction est gênée par son étroitesse. Un médecin polonais, de race juive, Chaïm-H. Sztark, préconise la circoncision pour tous les enfants sans exception, voulant les préserver ainsi des troubles nerveux, de hernie, de lithiase urinaire, d'onanisme, d'incontinence d'urine. Par contre, G. S. Thompson déclare la circoncision inutile et la remplace dans tous les cas par la dilatation préputiale. Nous inclinons vers cette dernière pratique.

En principe, et physiologiquement, le prépuce, cette peau si fine qui recouvre le gland, ne doit être ni trop court, ni trop long, de telle façon que soit facilité son "excursionnement", et il semble bien que pour représenter le "*pénis idéal*", si je puis m'exprimer ainsi, le gland ne doive pas être irrémédiablement ni toujours couvert, ni toujours complètement découvert. Le flux et le reflux paraissent également nécessaires à cette petite berge, qui a besoin alternativement d'être balayée et réoccupée.

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES DES JEUNES FILLES

(Hartmann, p. 81-83—*Revue F. de Gynéc. et d'Obst.*)

Certaines de ces métrorragies sont de simples troubles fonctionnels. Le repos au lit, la glace sur le ventre, des lavements chauds, l'ergotine et l'hamamelis suffisent en général à les arrêter.

D'autres relèvent d'une affection organique: d'origine cardiaque (en général rétrécissement mitral) ou rénale qu'il faut traiter; d'auto-intoxications d'origine intestinale ou hépatique, d'une modification du sang (anémie, hémophilie).

Dans la majorité des cas, à ces altérations passagères ou permanentes du sang s'ajoutent des altérations des glandes endocrines.

L'opothérapie est alors indiquée. On commencera par donner chaque jour 25 milligr. d'extrait thyroïdien, 20 centigr. d'extr. hypophysaire, 5 centigr. d'extr. surrénalien.

En présence de la persistance des hémorragies, il faut songer aux lésions de la muqueuse utérine (polypes, endométrite, néoplasme), à des fibromes, à des ovaires scléro-kystiques.

Chez certaines jeunes filles, l'hémorrhagie persiste en dépit du curetage et du traitement médical mis en oeuvre; il est alors indiqué de recourir à la curiethérapie qui, faite avec mesure, permet de faire cesser les pertes de sang tout en conservant la menstruation.

Les affections annexielles sont rarement la cause de métrorragies. Seules les lésions syphilitiques des ovaires peuvent être l'origine d'hémorragies rebelles. On traite la syphilis par les moyens habituels.

THERAPEUTIQUE DENTAIRE

La créosote dans les pansements dentaires—Les dentistes ont employé la créosote dès le début, ses propriétés analgésiques et légèrement caustiques en ont fait un médicament de choix dans le traitement des pulpites et des névralgies dentaires.

Pour les pansements calmants, on peut employer indifféremment la créosote de houille ou la créosote de hêtre.

La créosote de bouille étant beaucoup plus caustique, donne même des résultats plus rapides, mais son usage en art dentaire doit s'arrêter là.

La créosote de hêtre est le médicament de choix (Seimbille). Elle réunit à la fois tous les avantages, c'est un antiseptique très puissant, en même temps qu'un momifiant et un anesthésique.

Son emploi est indiqué dans un grand nombre de cas : désinfection des dents profondément cariées, fistules dentaires, pulpite aiguë, alvéolite après extraction, pyorrhée alvéolaire, etc.

On l'emploie pure ou associée à certains produits, pure dans le traitement des fistules dentaires, dans les cas de pulpite ou d'alvéolite après extraction.

Comme antiseptique dans le traitement des dents infectées, on l'emploie généralement pure ; elle ne donne jamais de réaction médicamenteuse, avantage précieux, si on considère que beaucoup d'insuccès sont dus autant à l'action irritant du médicament employé qu'à la pullulation des éléments infectieux.

Toutefois on peut l'associer au formol et à d'autres médicaments.

Une excellente formule serait la suivante :

Créosote de hêtre : 4 grammes

Alcool à 95% : 2 grammes

Guïacol : 2 grammes

Formol à 40% : 1 gr. 50 cgr.

Essence de géranium rosat : 0 gr. 50 cgr. (Seimbille)

A vrai dire, cette formule ne paraît pas donner des résultats bien supérieurs à ceux obtenus avec la créosote de hêtre pure, toutefois, elle offre l'avantage de masquer légèrement l'odeur désagréable de cette dernière.— (Extraits du *Journal des Patriciens*, No. 28, 1922).

TAIES DE LA CORNÉE

La taie est susceptible de s'éclaircir, si elle est peu épaisse et si le sujet est jeune. L'âge a une très grande importance; chez les nouveaux-nés, on peut voir des opacités très épaisses, consécutives à une conjonctivite blennorrhagique, disparaître à peu près complètement.

Traitement: 1^o—On multipliera les applications chaudes: des tampons de coton trempés dans une solution d'acide borique très chaude, appliqués sur les paupières fermées, et renouvelés toutes les minutes, pendant une dizaine de minutes. On répétera ces applications 2 à 3 fois par jour, d'autant plus qu'on se trouve à une période plus rapprochée de la formation de la taie.

2^o—A une période un peu plus avancée, on aura recours pour obtenir cet éclaircissement, aux *moyens excitants*; ils seront employés dès que l'oeil n'est plus enflammé et peut les supporter.

Le meilleur est la pommade au précipité jaune:

Protoxyde jaune de Hg: 20 à 40 cgr. suivant la tolérance.

Vaseline neutre: 10 grammes, dont on introduit chaque jour gros comme un grain de blé dans le cul-de-sac conjonctival.

De même la pommade au calomel à la même dose, la poudre de calomel.

3^o—A une période assez rapprochée des lésions inflammatoires, on se trouvera bien des instillations du collyre à la dionine.

ALBUM MEDICAL

Le plus précieux et le plus rare de tous les biens est l'amour de son état. Il n'y a rien que l'homme connaisse moins que le bonheur de sa condition.—*D'Aguesseau*.

L'élévation vient peu à peu à qui cherche à réaliser le mieux possible la tâche qui lui est assignée.

Le professeur Moussans, qu'on vient de fêter à Mordeaux, en lui remettant une plaquette en bronze, portant son effigie, disait les paroles suivantes en réponse aux compliments qu'on lui faisait: "Sa plus chère récompense avait été de rester aussi près de ses malades que possible, persuadé que le meilleur moyen de faire étudier la médecine était de se consigner, auprès des malades et de la souffrance, *étudiant soi-même, étudiant toujours*."