

## SOMMAIRE

---

- 313 — Le deuxième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

### MÉMOIRES

- 325 — Psoriasis palmaire d'origine syphilitique..... *Dubé*  
331 — Les ferments solubles du lait de vache ..... *L'Espérance*  
338 — De la nécessité de déterminer l'indication thérapeutique dans chaque cas ..... *Hervieux*
- 

### REVUE GÉNÉRALE

- 341 — Chronique obstétricale — la pyélonéphrite puerpérale ..... *De Cotret*  
353 — Neurologie : surdi-mutité et méningite ; traitement diététique de l'épilepsie ; diagnostic des lésions de la base du cerveau ; le véronal ..... *Chagnon*
- 

### ACTUALITÉ

- 356 — L'hôtel-de-ville, nos édiles et la sérothérapie.....  
359 — Le Congrès des journalistes canadiens-français à Montréal, les 26 et 27 courant .....  
363 — La réforme des expertises médicales ..... *Chagnon*  
367 — Dans nos universités. Les nouveaux médecins.....  
369 — Lettre ouverte aux abonnés..... *La Direction*

## L'UNION MÉDICALE DU CANADA

### SOCIÉTÉS.

371 — L'Association médicale du district d'Arthabaska.

---

### PHARMACOLOGIE

374 Formulaire contre coryza, dyspepsie, broncho-pneumonie des enfants et lombrics.

---

### CONGRÈS MÉDICAL

---

Il a été résolu, par le comité exécutif, d'organiser une section spéciale de Chirurgie dentaire. En conséquence, la Société d'odontologie a nommé les officiers suivants :

Président honoraire :	M. L. J. B. Leblanc,	Montréal
Président actif :	M. J. Nolin,	"
Vice-présidents :	M. L. N. Lemieux,	Québec
	M. T. G. A. Gendreau,	Montréal
Secrétaire :	M. Eudore Debeau,	"

Toute correspondance concernant cette section devra être adressée à M. E. Dubeau, 396, rue Saint-Denis.

Par ordre :

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

# DEUXIÈME CONGRÈS

DE

L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

à Montréal, les 28, 29 et 30 juin 1904

Quelques jours encore et s'ouvrira dans notre bonne ville le deuxième Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Il y a deux ans, Québec vit le succès du plus franc aloi couronner la première réunion de ce genre. Que se passera-t-il ici? Voilà une question que l'on est en droit de se poser aujourd'hui que les officiers ont fini, ou a peu de choses près, l'organisation complète de ce deuxième Congrès qu'ils voudraient, nous n'en doutons pas, voir réussir.

Qu'est-ce qu'un Congrès après tout, et quelles en sont ses conditions de succès? "Le Congrès est une assemblée de plusieurs personnes, appartenant à des provinces ou des pays différents, qui se réunissent pour échanger leurs idées, se communiquer le résultat de leurs études et se mettre d'accord sur des questions d'intérêt commun, où elles sont compétentes. On distingue divers ordres de Congrès que l'on peut ranger dans cinq groupes principaux: 1° les congrès diplomatiques; 2° les congrès politiques; 3° les congrès scientifiques; 4° les congrès économiques et sociaux; 5° les congrès religieux.

Les congrès scientifiques sont les seuls qui doivent nous intéresser pour le moment. Ils se répandent de plus en plus: dès 1839 ils furent inaugurés en Italie, à Pise et depuis ils se sont réunis à Turin, Florence, Padoue, Lucques, Milan, Naples, Gênes et Venise (de 1840 à 1847): leur importance était surtout politique. En 1848, les États-Unis, à leur tour, créèrent une *association américaine pour l'avancement des sciences* qui se réunit chaque année en congrès dans une des villes de la Confédération. Dans les vingt dernières années on trouve dans chaque ordre de science une multitude de

congrès internationaux : Anthropologie et Archéologie, Astronomie, Botanique, Géologie, Electricité, Géographie, Météorologie et Enseignement. Le premier Congrès de Chirurgie eut lieu à Berlin en 1872, en France en 1885. Un Congrès de *médecine* se réunit pour la première fois à Paris en 1867; depuis il se tint successivement à Genève, Vienne, Bruxelles, Amsterdam, Londres (1881), Séville (1882), Copenhague (1883), Moscou, Paris.

Le Congrès est donc une institution relativement moderne et pour cause. On aurait jamais songé en effet à réunir des savants de pays différents ou même de provinces voisines avant l'existence des chemins de fer et des lignes rapides transatlantiques. Le savant ne quitte son laboratoire que pour quelques jours et il en est de même pour le médecin, qu'il soit clinicien des hôpitaux ou à la tête d'une large clientèle. C'est le petit nombre qui peut s'absenter plusieurs semaines sans en souffrir; aussi les Congrès internationaux ou locaux n'ont de chances de réussir qu'en autant que les moyens de transport sont nombreux, faciles et d'un prix modique. Si le congrès est une chose créée au cours du siècle dernier c'en est là l'unique raison. Les savants des siècles précédents n'y ont pas même songé parce que la chose était irréalisable.

La découverte de l'imprimerie a joué un rôle immense pour l'avancement des connaissances humaines et leur vulgarisation dans l'univers entier; la découverte de la vapeur comme force motrice et son utilisation dans les chemins de fer et les bateaux a joué un rôle presque aussi considérable. Calculez, en effet, le temps perdu par les savants des deux mondes s'il fallait encore des semaines pour aller de la France à l'Allemagne, et des mois pour traverser les mers. Aujourd'hui, à peine s'il se fait une découverte en Europe que le télégraphe nous en communique les premiers détails, et, quelques jours après, les journaux où collabore le savant inventeur lui-même nous en apportent l'étude complète.

Vous voyez d'emblée l'émulation qui en est résultée entre les savants et les pays eux-mêmes. Le Congrès est comme le complément nécessaire à tous ces progrès qui nous sont

devenus indispensables. Les savants ont commencé par se lire les uns les autres dans les journaux scientifiques étrangers que leur apportait une malle rapide; il en est résulté un courant de sympathie qui a amené peu à peu un désir de se connaître. Ils ont continué alors à s'écrire, à se consulter par correspondance et ils ont, en fin de compte, provoqué de grandes réunions tantôt dans un pays, puis dans un autre, tous les cinq ans, puis tous les ans, et... c'est ce que l'on a appelé des Congrès!

On a dit beaucoup de mal des Congrès. Pour quelques-uns, ces réunions ne serviraient que de tremplins à un certain nombre d'audacieux, savants déclamateurs à sensation, qui prennent une partie du temps à débiter des choses que tout le monde connaît, ou à avancer des théories qui n'ont rien de scientifique. Il y a du vrai, même beaucoup de vrai: ces accusations, elles sont d'ailleurs portées par des gens très sérieux. Mais il y a bien autre chose dans un congrès. A côté des communications présentées, il y a le plaisir de se rencontrer, de faire de nouvelles connaissances et d'en renouer d'anciennes; il y a l'occasion de causer dans l'intimité, d'échanger des idées nouvelles; il y a l'avantage de vivre pendant quelques jours dans une atmosphère particulière qui nous enivre et qui nous donne une soif d'étude et d'observation qui ne peut que nous être utile. L'isolement est le plus grand ennemi du médecin et je plains ceux d'entre nous qui fuient la société des confrères. Ils sont généralement dégoûtés par l'exercice routinier de leur profession quand ce n'est pas par l'alcool ou la morphine et ils sont, très souvent, des confrères qui ne veulent ou ne peuvent apprendre.

Donc, quand ce ne serait que pour avoir l'occasion de se revoir, de s'entretenir de ses misères ou de ses succès, il est bon de se réunir en Congrès de temps à autre. Le Congrès de 1902, à Québec, a laissé un bon souvenir et des conséquences très heureuses. Il nous semble que depuis cette date les médecins relèvent plus fièrement la tête un peu partout; ils continuent à se grouper en sociétés scientifiques et de défense; nous commençons à peine et déjà nous sommes une

force avec laquelle il faudra compter à l'avenir. Qu'est-ce qui a fait éclore ces germes si bienfaisants si ce n'est notre premier congrès? Soyons convaincus que chacune de nos réunions sera suivie de bons résultats et que les liens qui nous unissent les uns aux autres n'en seront que plus forts.

Nous en appellons sincèrement à tous les médecins de langue française au Canada et aux États-Unis pour qu'ils se fassent un devoir de venir à Montréal, pendant les 27, 28 et 29 juin, dates fixées pour le Congrès. Que tous y apportent leur joyeuse humeur, que beaucoup y ajoutent quelques travaux, fruits de leur expérience personnelle, et que personnes ne se refuse ces quelques jours de repos et de plaisir.

Nous publions ci-dessous le programme du prochain Congrès. Nous attirons l'attention des médecins sur le tarif spécial accordé aux membres congressistes accompagnés de leurs épouses, sur les chemins de fer et ailleurs.

---

### ORGANISATION :

---

*Bureau du Congrès.* — Président, M. Foucher, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. Ahern, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Québec; M. O. Larue, docteur en médecine, médecin des hôpitaux Putnam, Connecticut, États-Unis; Secrétaire Général, M. J. A. Le Sage, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Secrétaires, M. A. Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec; M. A. Bédard, médecin des hôpitaux, Lynn Mass., États-Unis; M. A. Laramée, docteur en médecine, Montréal; Trésorier Général, M. S. Boucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; Trésorier, M. A. Marois, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec.

*Comités exécutifs du Congrès, Section de Médecine générale* (1). — Président, M. A. Rousseau, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Québec; Vice-Présidents, M. H. Hervieux, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Panneton, médecin des hôpitaux, Trois-Rivières; Secrétaires, M. A. Mercier, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; M. A. Jobin, docteur en médecine, gouverneur du collège des médecins, Québec.

*Section de Chirurgie générale.* — M. O. F. Mercier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. A. Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec; M. Camirand, médecin des hôpitaux, Sherbrooke; Secrétaires, M. E. St-Jacques, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. C. Drapeau, docteur en médecine, Québec.

*Section de Gynécologie.* — Président, M. de Lotbinière Harwood, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. E. Turcôt, médecin des hôpitaux, St-Hyacinthe; M. Marquis, chirurgien des hôpitaux, San-Francisco, États-Unis; Secrétaires, M. W. A. Derome, prof. à l'école d'Anatomie comparée, Montréal; M. A. Petitgrew, docteur en médecine, Québec.

*Section d'Obstétrique et de Pédiatrie.* — Président, M. A. R. Fortier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; Vice-Présidents, M. René de Cotret, professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval, accoucheur à la Maternité, Montréal; M. I. Cormier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin des enfants malades à l'hôpital Notre-Dame, Montréal; Secrétaires, M. E. Asselin, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. P. V. Faucher, docteur en médecine, Québec.

(1) Comprenant la *Dermatologie* et *Syphiligraphie*.

*Section des Maladies Mentales, de Médecine légale et d'Anatomie-pathologique.* — Président, M. G. Villeneuve, professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval, surintendant de l'Asile St-Jean de Dieu, Montréal; Vice-Présidents, M. Bélanger, docteur en médecine, Québec; M. Prévost, docteur en médecine, Sorel; Secrétaires, M. E. P. Chagnon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin neurologue à l'hôpital Notre-Dame, Montréal; M. R. Mayrand, chargé de cours à l'Université Laval, Québec.

*Section d'Ophthalmologie, d'Oto-rhino-laryngologie.* — Président, M. Rodolphe Boulet, médecin en chef de l'Institut ophtalmique, gouverneur du Collège des Médecins, Montréal; M. Wilson-Prévost, professeur au Post-graduate de New-York, États-Unis; M. Arthur Dussault, ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu de Québec; Secrétaires, M. H. Duhamel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. L. N. Fiset, laryngologiste, Québec.

*Section d'Hygiène et des intérêts professionnels.* — Président, M. C. N. Valin, professeur adjoint à la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. Pelletier, membre du conseil d'hygiène de la province de Québec, Montréal; M. Sirois, gouverneur du collège des médecins, St-Ferdinand d'Halifax; Secrétaires, M. Jean Décarie, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, professeur d'Histologie à l'École Dentaire, Montréal; M. F. X. Dorion, gouverneur du collège des médecins de Québec.

*Présidents d'Honneur.* — M. Rottot, doyen de la faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Roddick, doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill, Montréal; M. Brochu, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; Sir William Hingston, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Ahern, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; M. Campbell, doyen de la Faculté de médecine



de l'Université Bishop, Montréal; M. Coyteux-Prévost, chirurgien de l'hôpital St-Luc, Ottawa; M. Grondin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; M. Lamarche, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. A. Marois, professeur à l'Université Laval de Québec, médecin visiteur à l'Asile de Beauport, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; M. E. Turcot, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; M. Mignault, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Bourque, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Azarie Brodeur, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; M. Edouard Desjardins, professeur à l'Université Laval, Montréal; M. Simard, Sr, professeur à l'Université Laval, Québec; M. E. P. Lachapelle, officier de la légion d'honneur, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Président du Collège des Médecins, Montréal; M. L. Catellier, professeur à l'Université Laval, Québec; M. Séverin Lachapelle, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; L'honorable J. Guérin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Demers, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Laberge, médecin sanitaire de la ville de Montréal; M. Dagenais, président du comité d'hygiène de la ville de Montréal; M. Cléroux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Phelan, président de la société médicale de Shefford; M. Joyal, ancien agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Normand, président de la société médicale de Trois-Rivières; M. Petit, médecin des hôpitaux, Nashua, États-Unis; M. Archambault, médecin des hôpitaux, Cohoës, États-Unis; M. de Grandpré, docteur en médecine, Worcester, États-Unis.

*Membres adjoints.* — M. J. E. Dubé, agrégé à l'Université Laval, Montréal; M. Larin, agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. E. P. Benoit, professeur adjoint à l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame; M. Verge, chargé du Laboratoire d'électricité à l'Hôtel-Dieu

de Québec; M. Choquette, de la société médicale de St-Hyacinthe, St-Hilaire; M. Bernier, professeur agrégé, médecin à l'hôpital Notre-Dame, Montréal; M. F. DeMartigny, de Montréal; M. J. E. Fortier, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Monod, ancien interne des hôpitaux de Paris, Montréal; M. Marien, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Lemieux, de Montréal; M. Laurier, gouverneur du collège des médecins, Montréal; M. Parizeau, professeur de Pathologie externe, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame; M. J. E. Laberge, médecin de l'hôpital pour les maladies contagieuses, Montréal; M. Baril, gouverneur du collège des médecins, Montréal; M. Aumont, secrétaire de la société médicale de Joliette, P. Q.; M. Lessard, secrétaire de la société médicale de Shefford, P. Q.; M. Marsolais, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame, gouverneur du collège des médecins, P. Q.; M. Hébert, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; M. Cyphiot, gouverneur du collège des médecins; M. Paquin, secrétaire du collège des médecins, Québec; M. Boulanger, Montréal; M. Lecavalier, de l'Hôtel-Dieu de Montréal; M. Gauthier, de la société médicale de St-Hyacinthe, Upton, P. Q.; M. J. Gauthier, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame; M. Fleury, surintendant médical de l'hôpital Notre-Dame; M. Ethier, agrégé, chirurgien à l'hôpital Notre-Dame; M. Nadeau, de St-Joseph, Beauce; M. Béland, député de Beauce; MM. Deblois et Tourigny, médecins, Trois-Rivières; M. Lasnier, chirurgien, Montréal; MM. Rhéaume et Ostigny, de Valleyfield; M. Bruneau, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Morissette, de Ste-Hénédine; MM. Valade et Chabot, Ottawa; MM. Bellerose, Leclair, Guillette, LeSage, Lupien, Brind'amour, Daudelin, Boucher, Bellemare, Steel, Martel, Lamarche, médecins aux Etats-Unis.

---

## PROGRAMME DU CONGRÈS

---

Le Deuxième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu le 28, 29 et 30 juin, dans les salles de l'Université Laval, à Montréal.

*MARDI le 28 Juin à 9.30 hrs A. M.* — Ouverture du Congrès par le professeur Foucher, président. Rapport du secrétaire général, suivi de l'ouverture simultanée des différents comités qui siégeront de 10 hrs à 12 hrs a. m. et de 2 hrs à 6 hrs p. m.

*Le soir.* — Séance solennelle sous la présidence honoraire de Mgr Bruchési, vice-chancelier de l'Université et de son Excellence le Lieutenant-Gouverneur Jetté. Discours du président, du Vice-Recteur, des représentants officiels des gouvernements d'Ottawa et de Québec, de la ville de Montréal, des délégués étrangers et du Consul de France. Cette séance générale sera suivie d'une réception à laquelle seront invités les dames ainsi que les amis de l'Université Laval.

*MERCREDI le 29 à 9.30 hrs A. M.* — Séance des différents comités. — Visite aux hôpitaux pour ceux qui le désirent.

*Après-midi à 2 hrs.* — Séance des différents comités.

*Le soir.* — Banquet à l'Hôtel Place Viger, suivi d'un concert promenade. — Il y aura chant et musique par des artistes de choix.

*JEUDI le 30 à 9.30 hrs A. M.* — Séance des comités. — Visite aux hôpitaux.

*Après-midi à 2 hrs.* — Election des officiers de l'Association. — Date et lieu de réunion du prochain Congrès. — Cérémonie de clôture. — Excursion sur le Lac St-Louis, et retour par les rapides de Lachine, gracieusement offerte par la ville de Montréal aux membres du Congrès, aux délégués officiels et aux invités.

---

**MOYENS DE TRANSPORT**

---

Les Compagnies de Navigation et de Chemins de Fer délivreront aux membres du Congrès des billets à prix réduit.

Tous les membres qui voudront bénéficier de la réduction spéciale accordée aux congressistes sur les chemins de fer canadiens et sur les bateaux devront s'en ouvrir à l'agent local des billets qui les identifiera au point de départ, en leur délivrant un billet spécial qui devra être contresigné par le Secrétaire Général à Montréal, le Dr LeSage, et qui leur permettra de retourner gratuitement, si nous avons 250 à 300 membres inscrits. Cette faveur spéciale s'étend aussi aux dames qui accompagneront les congressistes.

**ADRESSE DE QUELQUES HOTELS A MONTREAL**

---

Hôtel Windsor, \$3.50 à \$6.00 par jour; Hôtel Place Viger, \$3.00 à \$5.00 par jour; La Corona, \$2.00 à \$5.00 par jour; St. Lawrence Hall, \$2.50 à \$4.00 par jour; Hôtel Queen's, \$2.00 à \$4.00 par jour; Hôtel St. James, \$2.00 à \$3.00 par jour.

**Règlement général:**

---

Art. I. Le deuxième Congrès de Médecine se réunira à Montréal dans les jours du 28 au 30 juin 1904 dans les salles de l'Université Laval. La séance d'ouverture aura lieu le 28 à 10 hrs, A. M. et celle de la clôture le 30 p. m.

Le but du congrès est double: l'avancement scientifique et l'étude des questions d'intérêts professionnels.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins nationaux et étrangers qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation est de *six dollars*. Cette somme doit être versée à l'un des deux trésoriers, le-

quel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective qui lui servira de document pour pouvoir profiter des avantages réservés aux congressistes, y compris le banquet.

Art. IV. Les membres du Congrès dûment inscrits auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

Art. V. Ils auront droit aux comptes rendus des travaux du congrès.

Art. VI. Les comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit aussitôt après leur publication.

Art. VII. Le Congrès sera divisé en sept sections :

1° Médecine.

2° Chirurgie.

3° Gynécologie.

4° Obstétrique et pédiatrie.

5° Maladies mentales, Médecine légale et anatomie-pathologique.

6° Ophtalmologie, rhinologie, otologie.

7° Hygiène et intérêts professionnels.

Art. VIII. Un comité exécutif composé du président des secrétaires généraux et trésoriers, des présidents et secrétaires des sections est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

Art. IX. Le Congrès siègera tous les jours, soit en assemblées générales soit en sections.

Art. X. Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

Art. XI. Les comités des sections organiseront leurs programmes de travaux. (Lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc).

Chaque section nommera ses présidents d'honneur et désignera ses secrétaires adjoints.

Art. XII. Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. XIII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 10 minutes de réplique.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. XIV. Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au secrétaire général au plus tard le 1er mai. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion. Les rapports officiels présentés par l'une des sections devront être complétés et remis entre les mains du secrétaire général à Montréal le 1er mai dernier jour.

Art. XV. On pourra présenter des communications après le 1er mai et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XVI. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

Art. XVII. La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera le FRANÇAIS.

#### ARTICLE SUPPLÉMENTAIRE.

Les dames accompagnées des Congressistes pourront assister aux fêtes qui seront données en l'honneur des membres du Congrès.

---

# MEMOIRES

## PSORIASIS PALMAIRE D'ORIGINE SYPHILITIQUE (1)

(Syphilides palmaires psoriasiformes)

Par le docteur J. E. DUBÉ,

Docteur en médecine de l'Université de Paris-agrégé.

La malade dont je veux vous entretenir a souffert d'un psoriasis palmaire très rebelle. Agée de 24 ans elle est, aujourd'hui, apparemment en excellente santé.

*Antécédents héréditaires:* père mort cardiaque à 49 ans et mère morte à 32 ans d'une affection des reins.

*Antécédents personnels:* aucunes maladies de l'enfance; *syphilis* à 19 ans.

Elle n'a guère suivi de traitement spécifique depuis qu'elle a cette maladie. Elle est venue me consulter il y a dix mois pour du psoriasis palmaire ou plutôt des syphilides palmaires psoriasiformes. Je lui fis une série de piqûres d'huile bi-iodurée titrée à 4 milligrammes de bi-iodure de mercure par centimètre cube et des applications locales de pommade de mercure. Les symptômes s'amendèrent légèrement, mais la malade manquait de constance, elle venait chez moi tous les 2 ou 3 jours quand elle aurait dû recevoir une piqûre de cette solution bi-iodurée tous les jours pendant plusieurs jours.

Je crus bon, alors, de changer de médicament et je lui fis des injections intra-veineuses de cyanure de mercure titrée à un centigramme de cyanure de mercure par centimètre cube. Avec une injection tous les deux jours les lésions palmaires s'améliorèrent rapidement, et elles disparurent enfin complètement après que j'eus fait des injections de deux et même trois centimètres cubes à la fois. Je dois dire que ma malade supporta très bien cette médication assez intense; elle n'eut aucun symptôme du côté de la bouche ou des intestins. Malgré mes conseils elle abandonna trop vite son traitement alors que le derme palmaire ne présentait que très peu de résistance. Une quinzaine de jours après — le 3 mars 1904 — elle revint chez moi avec des mains dans un état épouvantable, la surface pal-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 19 avril 1904.

maire était colleuse, fendillée et saignante. Elle me demanda de nouvelles piqûres de cyanure de mercure. Je voulus cette fois faire mieux et j'abandonnai les piqûres qui demandent beaucoup d'assiduité chez les malades et je prescrivis du bi-iodure de mercure à l'intérieur dans la potion suivante :

Bi-iodure de Mercure 0,20 centigrammes, Iodure de Potasse 10 grammes, Sirop d'écorce d'orange 50 grammes, Eau dist. ad 200 grammes. Une cuillerée à soupe après les repas du matin et du soir. Chaque cuillerée de cette potion contient deux centigrammes de bi-iodure de mercure ( $\frac{1}{3}$  de grain), et un gramme (15 grains) d'iodure de Potasse.

Ce sel de mercure est donné généralement à la dose de deux à quatre centigrammes par jour ( $\frac{1}{3}$  à  $\frac{3}{4}$  de grain). Le 11 mars il y avait un peu d'amélioration; la malade m'affirma qu'elle avait pris sa potion telle que prescrite. Je continuai alors le même médicament en l'augmentant; au lieu de 20 centigrammes je mis 30 centigrammes de bi-iodure de mercure pour les 200 grammes d'eau. Avec cette dose assez forte: 6 centigrammes (1 grain) par jour les syphilitides disparurent rapidement. Six jours après, c'est-à-dire le 16 mars, ma malade était complètement guérie. Je lui ai demandé de continuer son traitement pendant quelques temps encore. Je l'ai revue le 15 avril et la guérison se maintient.

\*\*\*

Cette lésion du derme palmaire est-elle toujours d'origine syphilitique?

MM. Gaucher et C. Barbe dans le traité de médecine et de thérapeutique au chapitre: *psoriasis*, classent le psoriasis palmaire dans les *psoriasis atypiques*. On donne, disent-ils, ce nom au psoriasis qui siège dans les régions où l'on n'est pas habitué à le rencontrer et qui ne présente pas les caractères habituels du psoriasis vulgaire. C'est surtout au psoriasis des régions plantaire et palmaire qu'on a donné ce nom. Cette localisation est d'ailleurs exceptionnelle, à tel point que quelques auteurs ont considéré les éruptions squameuses palmaires comme étant toujours de nature syphilitique. Le



psoriasis est plus sec que l'eczéma, dans lequel l'on trouve parfois quelques vésicules; les squames du psoriasis sont plus blanches plus épaisses, reposent sur un fond plus rouge. Les papules de la syphilide papulo-squameuse, d'une teinte cuivrée spéciale, sont distinctes et affectent une forme polycyclique caractéristique; mais souvent le diagnostic ne pourra se faire que par la connaissance des antécédents où la constatation de quelques plaques psoriasiques sur d'autres points du corps.

Pour Monsieur Fournier: "Certaines déterminations cutanées se montrent tout particulièrement rebelles. Comme type du genre, dit-il, je citerai certaines formes de dermatoses palmaire qui, sous le nom très impropre de psoriasis palmaire, font souvent invasion à une étape tardive de la diathèse, c'est-à-dire à 8, 10, 12 ans de date au-delà du début de l'infection. Ce sont là, de l'aveu de tous, des formes extrêmement tenaces, tout à fait réfractaires, qui ne disparaissent qu'au prix d'une intervention exceptionnellement énergique du traitement mercuriel".

M. James Nevins Hyde, dans son article sur la syphilis du "Reference Handbook of the Medical Sciences" donne au psoriasis palmaire le nom de *palmar syphilodermata*, il ajoute que cette lésion offre un caractère particulier par suite: 1° de l'épaisseur du derme à cet endroit; 2° des frictions et de l'usure par contact auxquelles la main est exposée. Cette affection, dit-il, peut venir au début ou à une période avancée de la syphilis; elle peut être passagère ou tenace et récidivante. Cet auteur prétend que chez la majorité des malades qui présentent une exanthème syphilitique marquée on trouve, au cours d'un examen minutieux, quelques taches décolorées recouvertes d'une squame légère et adhérente sur la surface palmaire. Ces taches sont abondantes dans certains cas et leur réunion peut provoquer la formation d'un épiderme irrégulier et même ulcéré. Les surfaces palmaires et la région plantaire peuvent être entièrement envahies par cette dermatose, mais presque jamais les surfaces dorsales.

Si le *psoriasis vrai* est très rarement limité à ces endroits.

il en est tout autrement des lésions syphilitiques. Dans ce dernier cas il est toujours assez facile de relever un histoire d'infection dans les antécédents du malade. Pour monsieur Hyde l'eczéma avec squame se limite parfois aux régions palmaire et plantaire, mais, dans la majorité des cas, il s'étend à toute la région jusqu'à la surface palmaire des doigts et s'accompagne d'une démangeaison.

Monsieur E. Finger, de Vienne, dans son traité de "La Syphilis et des maladies vénériennes", décrit longuement les lésions syphilitiques de la paume des mains et de la plante des pieds.

"En étudiant, dit-il, les muqueuses et les orifices naturels recouverts d'une peau mince, nous avons remarqué que, dans ces régions, les éruptions étaient très abondantes et exhubérantes, parce que les couches épithéliales ou épidermiques sont minces toutes deux, et qu'il se forme à ce niveau des sécrétions qui macèrent les tissus. Or à la paume des mains et à la plante des pieds, nous verrons que, par suite de l'épaississement quelquefois excessive et calleuse de l'épiderme toutes les éruptions sont arrêtées dans leur développement et restent souvent dans un état rudimentaire. La syphilide papuleuse ou psoriasis syphilitique de la paume des mains et de la plante des pieds est fréquente, aussi bien dans la syphilis récente que dans les cas de récurrence. Elle se manifeste par la présence de petites masses infiltrées, de la grosseur d'une lentille, nettement circonscrites et brunâtres. Par suite de la pression continuelle que subit la paume des mains, elles ne dépassent que peu ou point le niveau du reste de la peau; elles ne font nullement saillie et semblent plutôt s'enfoncer dans la peau sous forme de cônes. La lésion occupe les régions thénar et hypothénar et la peau fine et mince de la voûte plantaire. L'épiderme se desquamme peu à peu ou se détache en lamelles et l'on voit le tissu infiltré recouvert seulement par une mince couche d'épiderme. Parfois il se forme des productions dures, cornées, ou bien toute la paume de la main, surtout les éminences thénar et hypothénar, présentent une coloration rouge brun, terminée par un bord rond et nettement

marqué. Lorsque plusieurs plaques de psoriasis ancien se réunissent, toute la paume des mains ou la plante des pieds se trouvent occupées par une masse infiltrée, compacte, traversée tantôt par des rhagades saignantes et purulentes, tantôt recouvertes d'un épiderme épais, écailleux, fendillé et calleux.

Pour faire le diagnostic différentiel entre le psoriasis vulgaire, la kératose, l'ichtyose et le psoriasis syphilitique (*syphilide psoriasiforme*), il faut se baser sur les caractères suivants: délimitation nettement circonscrite par des contours festonnés, à la périphérie, nombreuses squames, avec centre au contraire à peu près ou complètement dépourvu de squames, masse infiltrée, d'un rouge brun, située sous les squames, et enfin coexistence d'autres symptômes syphilitiques."

Comme nous venons de le voir le psoriasis palmaire ou plutôt les syphilides squameuses psoriasiformes des surfaces palmaires sont assez communes au cours de la syphilis. Ces lésions sont obstinées et un traitement énergique peut seul en avoir raison. Mon ami Mercier à la dernière séance de cette Société a insisté sur l'inutilité des doses insuffisantes de mercure dans le traitement de la syphilis; l'observation de la malade qu'il nous a montrée en est une preuve évidente. Je tiens à joindre mon observation à la sienne et avec lui je veux répéter que tous les *sels de mercure* de notre arsenal thérapeutique ont été largement expérimentés et que les doses indiquées par les maîtres doivent être administrées sans crainte.

Voyez plutôt ce que dit M. Fournier: "Je commence par affirmer qu'en général le mercure n'est pas administré à sa dose vraie à sa dose efficace. Le plus souvent on se tient au-dessous de cette dose. Positivement on a peur de lui, et cela pour le malade sans doute, mais un peu pour le médecin.

Consulté par un jeune homme de 28 ans, grand et solide gaillard, qui se croyait affecté d'une maladie de peau, Fournier lui déclare, à son étonnement, que cette maladie de peau n'était rien moins qu'une syphilide tuberculeuse. "C'est impossible répond le jeune homme; j'ai bien eu la syphilis, c'est

vrai; mais je dois en être guéri, car j'ai été traité et bien traité, voyez mes ordonnances." Ce malade avait pris pendant huit à neuf mois du protoïdure à la dose quotidienne de 3 à 5 centigrammes ( $\frac{1}{2}$  à  $\frac{5}{8}$  de grains) jamais plus! Fournier ajoute que de telles doses ne constituaient pas un traitement pour un homme aussi robuste et qu'à parler net il n'avait jamais été traité.

Cette histoire est celle de 15 malades sur 20 approximativement, chez les malades de ville d'après Fournier.

Ce maître cite plusieurs observations où des traitements avaient été faits avec des doses *illusoires* de mercure.

"Il est évident, dit-il, qu'en fait de doses médicamenteuses, la seule bonne est *celle qui guérit* quelle qu'elle soit d'ailleurs. Or, cette dose qui guérit est naturellement très variable, variable suivant les malades, variable suivant les symptômes, variable suivant des conditions multiples et complexes."

Les manuels de thérapeutique indiquent bien, c'est vrai, la *dose moyenne* pour chacun des sels de mercure. Mais celle-ci n'est pas toujours la *dose efficace*. Pour Fournier la *dose* du médicament est susceptible de varier suivant la qualité du symptôme à combattre, et la qualité de la personne à traiter. Il y aurait donc la *dose du symptôme* et la *dose du malade*.

Il est certain que la roséole se dissipe plus facilement que les syphilides palmaires psoriasiformes, et qu'elle n'exige par les mêmes doses de mercure.

Il est reconnu également que le mercure ne déroge pas du fait commun à tous les médicaments de ne pas agir également à doses égales sur tous les sujets.

Je puis citer l'observation d'un malade qui eut une stomatite assez rebelle avec 10 centigrammes de protoïdure par jour pendant huit jours. Cet individu avait déjà eu antérieurement une stomatite à la suite d'une friction à l'onguent napolitain pour des poulx du pubis.

"Cette dose *individuelle*, dit Fournier, cette *dose du malade*, ne saurait, bien entendu, être préjugée. Elle ne ressort jamais que de l'empirisme; elle n'est jamais non plus déterminable, quant à son degré propre, que par les résultats de l'observation."

## LES FERMENTS SOLUBLES DU LAIT DE VACHE

Par M. J. LESPÉRANCE, de Montréal,  
Docteur en médecine de la faculté de Paris.

Tout le monde sait bien que le lait est un aliment complet puisqu'il contient les trois substances dont dérive toute vie : les albuminoïdes, les graisses et les sucres. Aussi peut-on vivre indéfiniment avec l'usage exclusif du lait. Mais tout le monde connaît moins ce fait qui semble paradoxal, qu'un mélange d'albumine, de graisse et de sucre, dans certaines conditions d'expérimentation puisse être impropre à entretenir la vie. Cependant rien n'est plus vrai et une expérience de Lunin en fournit la démonstration.

Les souris, comme l'homme, peuvent vivre indéfiniment avec le lait naturel pour tout aliment. Mais si on les nourrit avec un lait artificiel réunissant tous les matériaux chimiques d'un excellent lait, elles périssent entre 20 et 30 jours.

Dans cette expérience Lunin prépara son lait de la manière suivante : le lait étendu d'eau était précipité par l'acide acétique et le précipité floconneux lavé avec de l'eau acidulé. Cela constituait un mélange de caséine et de graisse. A cette somme de matière albuminoïde et de graisse, il ajoutait du sucre de canne en proportion physiologique pour représenter les hydrates de carbone, puis il y ajoutait encore les sels qui sont contenus dans le lait et précisément dans la proportion ou ils y sont contenus. Au point de vue théorique, cela constituait un aliment complet puisque les trois groupes et les sels y étaient représentés ; cependant les souris qui servirent de sujets d'expérience ne vécurent pas.

Lunin étudiait à cette époque le rôle des sels minéraux dans la nutrition et lorsqu'il fit connaître ces faits, on en fut quelque peu étonné.

On se rend maintenant compte que ce qui manquait pour faire du lait artificiel de Lunin un aliment propre à entretenir la vie de ses souris, ce sont ces constituants chimiques intangibles, cette force active, ces enzymes ou ferments solubles non organisés qui étaient détruits par sa méthode de préparer le lait.

Ces faits expliquent pourquoi les laits stérilisés n'ont pas

répondus à l'attente générale. Acceptés avec enthousiasme par la profession médicale au début, ils montrèrent par la suite qu'ils ne constituaient pas cependant une nourriture idéale. Nombre de médecins en désespoir de cause revinrent au bon lait naturel simplement coupé d'eau ou non. La saine observation avait fait voir que les laits non chauffés étaient mieux digérés et qu'ils donnaient une vitalité plus grande. On s'aperçut que les laits stérilisés donnaient aux nourrissons des muscles mous, un développement peu régulier et une résistance peu élevée aux maladies infectieuses. On alla même jusqu'à leur reprocher de produire le scorbut infantile. Et cela avec les meilleurs systèmes de coupage, en arrivant à créer au point de vue purement chimique, un lait de vache se rapprochant du lait de femme et lui devenant identique.

On constatait ces faits sans cependant en comprendre la cause. Les travaux entrepris sur le lait dans ces dernières années éclairent d'un jour nouveau ce sujet. Ce qui manque aux laits stérilisés ce sont les enzymes qu'une température de 176 F. détruit, ferments mystérieux qui président à l'équilibre des protoplasmas. Dans la nature végétale ou animale, tout phénomène vital semble être sous la dépendance de ces ferments. Le grain de blé enfoncé dans la terre ne doit son développement qu'à l'apparition de ces ferments spéciaux. Sous l'influence des substances solubles secrétées par les microbes au sein des terres, le grain sort de son état léthargique et il subit la poussée vers la vie. Ne vient-on pas de démontrer que les terrains absolument stériles ne sont pas propres à l'ensemencement et que les grains n'y fructifient pas. (Ref-Nobbe, Dresden).

Chez les animaux la même chose se passe. Des animaux nourris dans une atmosphère aseptique, avec des aliments stérilisés ne survivent pas. L'apport en albumine, en hydrocarbures et en graisse peut être parfait, mais la force qui les dissocie en leur terme ultime d'absorption n'existe plus et ces substances deviennent inertes. D'après Kejanitzin l'effet désastreux de l'air stérilisé respiré persiste même après que les animaux ont été remis dans l'air ordinaire. Cet auteur ex-

plique que, en respirant l'air ordinaire, les microbes inhalés sont absorbés par les leucocytes qui s'emparent des ferments que ces microbes peuvent contenir et les répandent dans l'organisme ou ils président aux oxydations et empêchent l'accumulation des leucomaines et autres principes toxiques.

C'est une voie féconde en belles découvertes que la science vient d'ouvrir. On y trouvera que les mauvais ferments, facteurs de maladies et de mort, ne sont en réalité qu'un accident dans la nature. S'il y en a qui sont coupables de raccourcir quelques vies, par contre ce sont leur congénères qui, depuis la création des mondes, perpétuent les espèces et en somme l'évolution des organismes élevés est corollaire de celles des infiniments petits. S'il y a des germes malfaisants dont les sécrétions troublent l'harmonie vitale et jettent la perturbation au milieu des phénomènes physiologiques, en revanche il y en a un bien plus grand nombre dont les sécrétions sont un bienfait. Il est vrai que nous en connaissons encore peu de ceux-là mais, avec le temps, la liste s'allongera. Saluons en passant les nobles germes créateurs des vins fins, des bons cidres, des vinaigres odorants et des bières savoureuses.

Si nous sommes entrés dans les considérations qui précèdent, c'est que les ferments que l'on trouve dans le lait tirent leur origine à la fois de la cellule organique et de la cellule bactérienne, les premiers, essentiels, se trouvant forcément dans le lait parce que le sang les contient, les seconds, accidentels, mais se trouvant toujours aussi dans le lait parce que les bactéries qui les secrètent sont répandues partout et viennent forcément en contact avec le lait parfois avant même qu'il sorte des canaux galactifères.

Ces ferments bactériens ont été étudiés bien avant les ferments cellulaires, et, depuis les travaux de M. Duclaux, ils sont à peu près complètement connus. Ils sont pour nous moins intéressants que les autres et c'est de ces derniers que nous nous occuperons.

Les idées si nettes que nous possédons maintenant sur les ferments solubles du lait ont mis du temps à se faire jour. Les premiers travaux sur les ferments digestifs remontent à

une cinquantaine d'années et ce n'est que depuis cinq ans que l'on s'occupe de ceux du lait. Après avoir découvert la ptyaline dans la salive, la pepsine dans le suc gastrique, la pancréatine dans celui du pancréas, la science s'était arrêtée. La bactériologie recevant, sous les idées de Pasteur, une impulsion formidable, avait accaparé tous les esprits. Mais voilà que par un retour, la bactériologie, en faisant connaître les sécrétions des microbes, ramène les esprits vers l'étude des sécrétions des cellules organiques et démontre que les deux sont identiques et qu'il n'y a pas de différence biologique entre la cellule constituante de nos organes et cette autre errante qui est le microbe.

Il nous semble que les premiers expérimentateurs qui aient démontré la présence des ferments solubles dans le lait sont M.M. Babcock et Russell bien que leur nom ne soit cité nulle part.

*Au commencement* on expliquait les phénomènes qui se passent dans le lait par la seule chimie — réaction des corps les uns sur les autres. — Puis, à l'époque Pasteurienne, on entre plus avant dans la connaissance des faits et toutes les transformations du lait purent être expliquées par la présence des bactéries. Lloyd et Freudenreich firent connaître le rôle considérable que jouent les bactéries dans la maturation des fromages Cheddar et Emmenthaler.

Cependant M.M. Babcock et Russell, frappés du fait que tous les changements qui s'accomplissent dans le lait ne peuvent trouver leur explication dans l'activité bactérienne, entreprirent pour élucider la question une longue série d'expérience. Ils opérèrent sur le lait en nature et sur le lait travaillé par l'industrie des fromages. Ajoutant à des échantillons de lait frais, dans l'un du chloroforme, dans l'autre de l'éther, ils virent la coagulation se produire au bout de quelques jours sans augmentation de l'acidité. Dans ces expériences, les stupéfiants auraient dû empêcher la coagulation si le phénomène était du tout entier à la vie des bactéries.

De plus comme Conn avait fait connaître que les saprophytes avaient la propriété de sécréter une enzyme analogue



à la rennet et capable de coaguler le lait et que M. Duclaux dans une étude très documentée avait aussi mis au jour le rôle immense que jouent ces saprophytes dans la maturation des fromages, MM. Babcock et Russell recherchèrent si la coagulation du lait additionné d'anesthésiques pouvait être quand même due aux bactéries. Ils s'entourèrent de précautions spéciales et se placèrent dans des conditions propres à empêcher la contamination du lait par les saprophytes. Le pis de la vache était soigneusement aseptisé, le premier lait rejeté et le reste tiré directement dans des bouteilles contenant un excès d'antiseptique. De cette manière les bactéries à spores, productrices de ferment coagulant étaient exclues et si toutefois quelques unes venant des conduits galactifères arrivaient jusqu'au lait, elles étaient immédiatement paralysées. Dans ces conditions qui auraient dû éliminer toute activité bactérienne, les mêmes phénomènes de coagulation et de transformation de la caséine se sont accomplis comme avant et dans le même temps. Ces expériences furent répétées avec tous les antiseptiques reconnus pour arrêter complètement l'évolution chez les microbes, tels que le fluorure de sodium, l'acide salicilique, etc.; les résultats furent toujours les mêmes. De plus à mesure que les laits antiseptiques vieillissaient ils présentaient une augmentation graduelle dans le chiffre des albumoses formées au dépend de la caséine. Ainsi dans un lait de 12 jours la proportion des produits de digestion était de 30 pour 100 tandis que dans un lait identique de 240 jours d'âge elle était de 63 pour cent.

Ils arrivèrent à la conclusion que, en dehors des ferments organisés, il se trouve dans le lait d'autres ferments qui appartiennent au lait lui-même. En poursuivant leurs études, ils trouvèrent ce ferment soluble dans le lait de tous les mammifères qu'ils étudièrent (âne, jument, chèvre, brebis, truie, buffalo et femme).

Ils donnèrent à ce ferment le nom de Galactase et le rangèrent dans la famille de la trypsine l'enzyme pancréatique.

Cette manière de voir fut confirmée la même année. MM. Bertrand et Bourquelot, sans connaître les travaux de MM.

Babcock et Russell probablement, démontrèrent par d'autres procédés la présence dans le lait de ferments oxydants.

Dès 1881, Arnold avait reconnu que le lait frais de vache bleuissait au contact de la teinture de gaiac et que cette réaction ne se produit plus si on chauffe le lait à 80° C. En 1890, Kowalesky constatait la même réaction du lait en présence de la thérébenthine vieillie. Mais à cette époque, on attribuait cette réaction à la présence de l'ozone. Plus tard, il fut reconnu que l'ozone libre ne peut exister dans l'économie et M. Bertrand puis M. Bourquelot démontrèrent que la réaction du lait vis-à-vis les agents oxydants était due à la présence d'un ferment. Ce n'est pas cependant un ferment direct, mais plutôt indirect. Par lui-même il est impuissant à oxyder les substances oxydables sans le secours d'un agent intermédiaire très oxygéné comme la teinture de gaiac, la térébenthine vieillie ou l'eau oxygénée. Mais si ces agents lui cèdent leur oxygène il peut le fixer et oxyder ensuite la substance oxydable en se fixant sur elle. Par exemple, si on ajoute à du lait frais quelques gouttes de teinture de gaiac, celle-ci ne se colore pas, mais si en même temps, on verse quelques gouttes d'eau oxygénée une coloration bleue se fait voir de suite. Le ferment s'est emparé d'une partie de l'oxygène et l'a fixé sur le gaiac en l'oxydant. Ce ferment rentre donc dans la famille des anaéroxydases.

A cette même époque, M. Dupouy et l'année suivante, 1898, W. Raudnitz étudièrent cette oxydase et reconnurent sa présence dans les laits de chèvre, de vache, de brebis, et son absence ou son action très légère dans les laits de femme, d'anesse, de jument et de chienne.

MM. Marfan et Gillet ont aussi étudié ce ferment et confirmèrent sa présence dans le lait de vache.

M. Spolverini, en 1901, reprit cette étude et reconnut dans le lait de vache, la présence de la pepsine et de la trypsine. Opérant sur du lait recueilli aseptiquement et dont la qualité aseptique était maintenue par le thymol, il plaça à l'étuve à 104° F. des portions de lait, les unes acidifiées, pour la recherche de la pepsine, les autres alcalinisées pour la recherche de la trypsine.

Après un certain temps, il y déterminait la quantité d'albumine soluble par la réaction du biuret. Un échantillon bouilli servait de témoin et de contrôle. En procédant de cette façon, il a trouvé que la pepsine et la trypsine se rencontrent dans tous les laits et en plus grande abondance dans le lait de vache. La proportion diminue dans les laits de chienne, de chèvre, de femme et d'anesse.

Outre les ferments dont nous avons déjà parlé, il est possible d'en déceler encore un autre, que Spolverini identifie avec le ferment glycolitique du sang. Si on dose le sucre contenu dans le lait frais, puis qu'on mette ce dernier à l'étuve, à 38° C. 41° C. et qu'on dose de nouveau le sucre après 24 heures, on note que la quantité de sucre est abaissée; une partie a été détruite. C'est là l'action d'un ferment glycolitique. Il se montre assez énergique dans le lait de vache et à un degré moindre dans d'autres laits.

De plus, en 1901, Luzzati et Biolchini, A. B. Marfan et Gillet puis Spolverini ont décelé encore une autre ferment de la famille des ferments hydrolysants. Sous son influence, la monobutyryne se dédouble en acide butyrique et en glycérine. Ces auteurs ont opéré en distillant un mélange de lait et monobutyryne et en dosant l'acidité des produits distillés. Ils ont rencontré cette réaction du dédoublement de la monobutyryne dans les laits de femme, de chienne, de vache, de chèvre, d'anesse, plus forte dans les premiers, moins énergique dans les derniers. On est convenu de donner à ce ferment le nom de lipase, nom que M. Bourquelot avait donné à un ferment de même nature que M. Hanriot avait le premier décelé dans le sang.

En résumant ces dernières études entreprises sur le lait de vache. Nous voyons donc que ce lait contient plusieurs ferments. Nous y constatons la présence de la trypsine, de la pepsine, de la lipase, de l'oxydase, et d'un ferment glycolitique.

---

## DE LA NECESSITÉ DE DETERMINER L'INDICATION THERAPEUTIQUE DANS CHAQUE CAS

Par le docteur H. HERVIEUX,

Professeur de Thérapeutique, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons vu dans un article précédent qu'il est nécessaire de déterminer, dans chaque cas à traiter, l'indication thérapeutique et cela d'une manière aussi précise que possible.

Nous ne pouvons pas nous en rapporter aux promesses de guérison qui accompagnent la préparation pharmaceutique parce que l'inventeur est susceptible de se tromper et peut nous tromper sciemment ou inconsciemment. A un autre point de vue nous disons que le fait de prescrire des préparations dont la formule nous est inconnue est grandement dommageable au médecin lui-même.

L'habitude d'ordonner en manière d'équation, v. g. *Bronchite* = tel *Sirop Expectorant*, et ainsi de suite, fait du médecin, après quelques mois, un véritable empirique qui ne peut plus mettre le moindre raisonnement thérapeutique dans l'institution du traitement des maladies qu'il rencontre dans sa pratique. Le praticien oublie alors bien vite les connaissances théoriques acquises au prix de sacrifices pécuniaires importants et de labeurs pénibles pour ne garder que le droit, à lui octroyé par son diplôme, de faire absorber à son malade telle drogue fabriquée par telle ou telle maison de pharmacie.

Il ne se dit pas: Voici un malade qui fait de la bronchite à la première période, je vais lui donner tel médicament qui va faciliter ou même déterminer l'expectoration et plus tard je lui changerai cette potion pour des balsamiques qui auront pour effet de tarir cette expectoration en antiseptisant ses muqueuses bronchiques.

Non, le raisonnement est annihilé chez lui par l'habitude, et, pour traiter cette bronchite, il se contentera de sortir de son armoire un gros flacon (Winchester) d'un sirop contre le rhume, de son fournisseur, sans se demander à quelle période en est la maladie ni quelle est la constitution du malade qui s'adresse à lui en toute confiance.

L'on peut difficilement appeler cela une méthode intelligente de faire de la médecine. Il y a plus, c'est que le médecin qui

contracte cette habitude peut encore s'en tirer avec les maladies les plus habituelles contre lesquelles il garde les spécifiques de ses pharmaciens; mais se présente-t-il, par hasard, un cas un peu extraordinaire qui le sort de sa petite routine, il est absolument désarmé et ne peut même plus faire de traitement des symptômes ayant perdu la mémoire des effets physiologiques des médicaments.

Puisque le mot est lâché disons toute notre pensée: le praticien qui, par paresse, se contente des préparations spéciales contre les maladies et délaisse les médicaments simples est destiné à devenir tôt ou tard un *routinier* de la pire espèce.

Nous disons enfin: l'intérêt de nos malades exige de nous que l'indication thérapeutique de leur maladie soit déterminée.

Il y a un axiome en thérapeutique, qui dit: " Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades à traiter ". Ce qui revient à dire que les maladies varient tellement avec chaque individu qu'il est impossible de faire un traitement unique, absolument le même pour tous les modes d'être d'une même maladie.

Celui qui traite une maladie de la même manière chez tous ses malades court le risque de nuire à quatre de ses patients pour faire du bien à un cinquième.

La même maladie chez le même malade se traitera différemment selon la période à laquelle elle est arrivée.

Une affection cardiaque non compensée ne se traite plus de la même façon que la même lésion orificielle à la période de compensation.

Ainsi en est-il des maladies aiguës qui changent avec les périodes et dont le traitement aussi doit plus ou moins varier à mesure que la maladie évolue.

Il ressort de tout cela qu'il est bien difficile pour ne pas dire impossible de composer une préparation pharmaceutique qui convienne à tous les malades souffrant d'une même maladie.

Nous voyons de plus que la même préparation ne peut pas être employée indifféremment à toutes les périodes d'une maladie chez un même individu et que telle potion parfaitement

indiquée à la première période peut perdre de son indication à une période plus avancée ou même être contre-indiquée.

Nous croyons sincèrement que le vrai médecin, qui ne se contente pas d'être une simple machine, aimera toujours mieux composer lui-même ses potions et ses poudres en prescrivant des médicaments simples dont il aura raisonné l'action physiologique et thérapeutique pour en faire découler l'indication.

En tous cas nous répéterons ce que nous disions dans notre dernier article que ce nous est un devoir à nous médecins de ne jamais prescrire à l'aveugle, sans auparavant avoir recherché et déterminé l'indication thérapeutique du ou des médicaments que nous allons administrer par notre ordonnance.

Conséquemment nous devons nous faire une règle absolue de ne jamais conseiller ou ordonner une préparation dont les composants nous sont inconnus.

Quant aux bonnes préparations dont la formule est connue, il faut pour elles comme pour les médicaments simples que les malades et les maladies en indiquent l'usage pour que le médecin consciencieux puissent les prescrire.

Et malgré tout si l'on ne veut pas devenir par trop routinier, il ne faut pas contracter l'habitude de ne prescrire que des préparations spéciales.

---

# REVUE GÉNÉRALE

## CHRONIQUE OBSTÉTRICALE

### PYÉLONÉPHRITE PUERPÉRALE

Dernièrement, en France, on a donné deux communications assez intéressantes et pratiques. D'abord à la Société d'Obstétrique, de gynécologie et de Pædiatrie de Paris, M. V. Wallich a lu une étude intitulée *Pyélo-néphrite et suites de couches*. C'était au mois de février 1904. A peine un mois plus tard, M. le prof. F. Legueu présentait un rapport au Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Rouen (10 avril 1904) : son travail avait pour titre : *De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité*.

Aussi en lisant ces deux communications qui se font suite, si l'on ne regarde pas la date de la lecture qui en a été faite, on a un beau travail d'ensemble où la symptomatologie, la pathogénie, l'évolution et le traitement de la pyélonéphrite pendant et après la grossesse sont exposés avec des détails infinis et accompagnés d'un certain nombre d'observations qui trouveraient leur place ici si je ne m'étais attaché, vu l'espace, à ne donner qu'un simple résumé de ces deux longues communications.

Je commence par la deuxième en date, qui doit être la première par ordre de description de la maladie.

\* \* \*

#### DE LA PYÉLONÉPHRITE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PUERPÉRALITÉ.

Il est des pyélonéphrites qui naissent pendant la puerpéralité sur un rein jusqu'alors intact. Leurs lésions sont préparées et entretenues par la grossesse elle-même ; et lorsqu'avec l'évacuation de l'utérus cesse la compression de l'uretère la pyélonéphrite disparaît, à moins que les lésions ne soient trop intenses ou trop profondes. Ces pyélonéphrites qui débent pendant la grossesse et finissent avec elle sont dites *gravidiques*.

Avant d'entrer dans son sujet M. Legueu dit un mot de l'influence que la grossesse exerce sur une pyélonéphrite antérieure.

Il y a de grandes chances pour que la grossesse aggrave la pyélonéphrite préexistante.

Cette influence aggravante de la grossesse peut, il est vrai, passer facilement inaperçue: la pyélonéphrite était latente, ses manifestations étaient discrètes ou se réduisaient à la pu-ruleuse des urines. Il faut un accident nouveau pour attirer l'attention de ce côté.

Cependant, cette influence aggravante de la grossesse ne s'exerce pas au même degré sur les pyélonéphrites ou pyonéphroses *fistuleuses*. Les malades qui, après le néphrostomie, déversent une partie de leurs urines par la plaie lombaire, échappent aux accidents qui résultent chez d'autres de la compression de l'uretère. Chez elles, la grossesse ne modifie en rien la lésion du rein. Dans un rein préalablement infecté, la fistule est une sauvegarde contre les accidents que la grossesse pourrait entraîner.

Je passe l'histoire de la question que Legueu traite au long. Ceci n'a aucun intérêt clinique.

ÉTIOLOGIE et PATHOGÉNIE. — La pyélonéphrite se manifeste pendant la grossesse ou pendant les suites de couches.

La pyélonéphrite consécutive à l'accouchement est toujours préparée pendant la grossesse.

En général, c'est pendant les derniers mois de la grossesse que la pyélonéphrite se développe. Cependant on en a signalé des cas avant le quatrième mois, le troisième mois même.

*Parité.* Il est impossible de trouver à la parité une influence certaine sur la détermination de la pyélonéphrite. Les auteurs ont été conduits sur ce point à des conclusions absolument contraires.

*Côté.* La pyélonéphrite est d'ordinaire *unilatérale*, et les observations se comptent où la bilatéralité des lésions est signalée. Lepage, Reed et Balatre citent chacun un cas où la lésion était bilatérale.

Dans tous les autres cas, la pyélonéphrite est unilatérale et



frappe le *rein droit*. Sur 70 cas, la localisation à gauche n'est signalée que 5 fois.

*Pathogénie.* Comme dans toute infection, deux facteurs interviennent ici pour la détermination de la pyélonéphrite: le terrain et le microbe.

Si le microbe, si l'infection n'a rien dans sa nature qui soit spécial à la grossesse, pour la préparation du terrain, au contraire, interviennent plusieurs éléments absolument nouveaux.

La grossesse crée, par elle-même, un *état de réceptivité* pour l'organisme. La grossesse agit par la *compression de l'urètre*, et cette compression est la vraie raison de la pyélonéphrite pendant la grossesse.

\* \* \*

I. COMPRESSION URÉTÉRALE ET RÉTENTION RÉNALE. — C'est un fait anatomique vulgaire et bien connu que les uretères sont dilatés au cours de la grossesse. A l'appui, Leguen cite un grand nombre d'autopsies. Les faits établissent deux notions capitales au point de vue particulier qui nous occupe. C'est d'abord la *fréquence considérable de la dilatation des urètres au cours de la grossesse; c'est aussi la prédilection très marquée de cette dilatation pour le côté droit*.

Quand il n'y a qu'un urètre de lésé, c'est le droit: quand les deux sont dilatés, le droit l'est plus que le gauche.

*Quel est le siège? Quelle est la cause de cette dilatation?*

La dilatation ne porte que très rarement sur la portion intrapéelvienne de l'urètre: elle commence seulement au détroit supérieur, et résulte d'une compression par l'utérus gravide.

Pourquoi cette compression se fait-elle à droite plus souvent qu'à gauche? Ici désaccord complet entre les auteurs. Pajot, sans donner le pourquoi, disait: "l'inclinaison latérale à droite de la matrice était liée directement à l'évolution de cet organe." Désormeaux avait invoqué le refoulement par côlon pelvien. Guyon, (Leguen semble s'attacher à la même raison que son maître) donne l'explication suivante: l'inclinaison à droite n'est pas la propriété exclusive de l'utérus.

gravide; d'autres tumeurs, comme des kystes de l'ovaire par exemple, prennent parfois, sans adhérence, cette même situation latérale en s'élevant dans l'abdomen. M. Guyon, s'adressant au mésentère, arrive à une explication simple et claire. En remontant de la cavité pelvienne dans l'abdomen, l'utérus passe au-devant du mésentère. Ce dernier a une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite. Quand l'utérus a passé devant le mésentère, il se trouve à sa droite; toute la masse intestinale est à gauche et refoule alors l'utérus du côté opposé. Il en sera de même pour toute tumeur qui du pelvis remonte à l'abdomen: elle s'inclinera à droite toutes les fois qu'elle passera au-devant du mésentère.

*A quelle époque se fait la compression de l'urètre?*

Tard, parce qu'il faut que l'utérus ait acquis un certain volume et se soit élevé dans la cavité abdominale; il n'est pas nécessaire que la tête commence à s'engager.

L'époque de la compression varie avec certains facteurs, hydramnios, grossesse gémellaire, bassin trop étroit, etc.

Lorsque la compression s'exerce sur l'urètre, le conduit se dilate, le rein se met en tension, se distend à son tour, et l'uronephrose est constituée. Le rein est en état d'opportunité morbide, le terrain est préparé à recevoir l'infection.

\* \* \*

II. INFECTION. VOIES D'ACCÈS. — D'après les observations, et les analyses le coli-bacille semble l'agent sinon exclusif, au moins le plus fréquent.

Mais d'où vient-il et comment arrive-t-il au rein?

Il vient de la vessie et remonte par l'urètre, ou bien il vient de l'intestin et arrive par la voie circulatoire. La pyélonéphrite est ascendante dans le premier cas, elle est descendante dans le second.

(a) *L'infection vient de la vessie* chez les malades qui ont eu autrefois une infection vésicale; elles ont été sondées lors d'un accouchement, lors d'une opération antérieure; l'infection n'est pas éteinte, elle est latente, elle n'attend que l'occasion pour remonter au rein.

Quelquefois, la cystite est plus récente; elle résulte d'un cathétérisme pratiqué au cours même de la grossesse.

(b) Plus souvent, l'*infection est descendante*; elle vient au rein par la voie circulatoire. C'est parfois une suppuration quelconque, un abcès du rein, ou bien c'est une fièvre éruptive ou une grippe qui sont la cause. Plus souvent, c'est de l'intestin que vient le microbe. Fréquemment la pyurie succède à des troubles digestifs graves avec fièvre, à une constipation opiniâtre, à des crises de diarrhée.

CLINIQUE. — La pyélonéphrite gravidique apparaît d'ordinaire dans les quatre derniers mois de la grossesse.

Elle est parfois *latente*: on ne la découvre que par hasard. On analyse les urines: elles sont purulentes.

D'autres fois, la pyélonéphrite affecte des allures plus bruyantes, et cela quelquefois même dès le début. Tantôt frisson violent, douleur brusque, élévation de température. Tantôt phénomènes de cystite.

Et à partir de ce jour, ces trois symptômes: douleur, irritabilité vésicale, fièvre, s'associent à la pyurie pour caractériser la pyélonéphrite.

La douleur fait rarement défaut; elle n'est pas toujours continue; elles vient par crises. Elle siège dans la région lombaire, le plus souvent à droit. Par son intensité, par sa localisation à droite, par sa corrélation avec la fièvre, elle a quelquefois fait penser à l'appendicite. Dans certains cas, la douleur est même généralisée à tout l'abdomen.

Les *troubles vésicaux* sont d'autres fois les premiers signes qui attirent l'attention.

La fièvre peut manquer. Quand elle paraît, elle imprime une allure toute nouvelle à la maladie; elle indique toujours un plus haut degré de gravité; c'est comme une complication. En général, elle survient par crises. La fièvre est toujours rémittente et continue: 37° le matin, 39° à 40° le soir.

Malgré la persistance de la fièvre l'état général reste longtemps favorable, lorsqu'il n'y a qu'un rein de malade. Si les deux reins sont malades, l'état général finit par s'altérer et la vie peut être compromise.

En présence d'une fièvre persistante avec ou sans douleur dans le côté, le clinicien désorienté n'a pu toujours établir la diagnostic. Dans certaines observations on parle de fièvre paludéenne, et le plus souvent encore de granulie ou de *fièvre typhoïde*.

L'*exploration* ne donne pas toujours des renseignements très positifs. D'abord, le *palper* de l'abdomen est rendu très difficile par le volume de l'utérus. De plus, l'augmentation de volume du rein n'est pas très considérable.

D'ordinaire, on trouve d'un côté un état de défense de la paroi, une légère contracture; elle se manifeste surtout quand le rein est en tension; elle cesse ou elle diminue lorsque le bassin se vide et que la tension baisse.

Le *toucher vaginal* ne peut rien donner.

Les urines contiennent du *pus*; mais comme il peut y avoir des symptômes qui font croire à une cystite, il faut chercher: quand la vessie, n'est pas malade, elle n'est pas douloureuse au toucher; en outre, elle présente une sensibilité normale à la tension; on peut y injecter 150 ou 200 grammes de liquide sans provoquer le besoin d'uriner.

La quantité de pus n'est pas toujours très considérable. L'abondance de la suppuration n'est nullement proportionnelle à l'intensité de l'infection.

Lorsqu'on *analyse* les urines avec le pus qu'elles contiennent en suspension, on y trouve toujours de l'albumine. La présence du pus suffit pour enlever toute valeur à la constatation de l'albumine. Dans certains cas, cependant, la présence de l'albumine est notée indépendamment de la pyurie.

Une dernière ressource reste encore pour le diagnostic, c'est le *cathétérisme de l'urètre et la séparation des urines*. A la fin de la grossesse, impossible de les pratiquer.

\* \* \*

I. EVOLUTION DE LA PYÉLONÉPHRITE. — Pendant la grossesse, pendant les suites de couches, et plus tard, à distance.

Pendant la grossesse, la pyélonéphrite élabore et accentue ses lésions. Ses manifestations sont bruyantes ou insidieuses:

elle est fébrile ou apyrétique. La pyélonéphrite apyrétique et latente présente son maximum dans les derniers mois de la grossesse; la pyélonéphrite fébrile et bruyante se manifeste, en général, beaucoup plus tôt. Cette dernière peut sembler disparaître après un certain temps et avoir des rechutes à la fin de la grossesse.

*Après l'accouchement*, les urines restent troubles, mais les accidents ne se reproduisent pas. Aussi les suites de couches sont-elles, en général, apyrétiques, surtout quand on a eu affaire à la pyélonéphrite apyrétique; dans l'autre cas il faut qu'il se soit écoulé un certain intervalle de temps entre la crise de fièvre et l'accouchement.

*A distance*, qu'advient-il d'un rein touché par l'infection?

Il guérit ou il reste infecté. Dans le premier cas c'est parce que le drainage se fait librement, il n'y a plus d'entrave à la circulation urétérale.

Plus souvent la guérison n'est qu'apparente.

*Pronostic* de la pyélonéphrite pendant la *puerpéralité*. Malgré des accidents souvent sérieux en apparence, il est incontestable que la maladie n'est pas grave ou est peu grave pour la mère. Sur 70 malades 1 mort.

\* \* \*

II. INFLUENCE SUR LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES. — 1° *Influence sur la grossesse*. Sur 52 grossesses dont l'évolution est abandonnée à elle-même, 13 fois, c'est-à-dire dans la proportion d'un quart (25 pour 100) la pyélonéphrite a suffi pour entraver le cours de la grossesse.

2° *Influence sur les suites de couches*. Dans quelques cas, la persistance ou le réveil des accidents infectueux au lendemain de l'accouchement a pu faire craindre une infection puerpérale.

\* \* \*

III. INFLUENCE SUR L'ENFANT. — Sur 60 observations de malades suivies jusqu'à l'accouchement, nous voyons que 7 enfants sont venus morts ou sont morts peu de temps après.

La pyélonéphrite fait courir à l'enfant un réel danger, soit en amenant par elle-même sa mort *in utero*, soit en provoquant son expulsion prématurée dans des conditions de viabilité douteuse. Le danger est d'autant plus sérieux que la grossesse est moins avancée.

\* \* \*

TRAITEMENT: — I. Trois moyens: 1° traitement médical; 2° traitement chirurgical; 3° traitement obstétrical.

1° *Traitement médical.* — Le premier objectif à réaliser au premier soupçon de pyélonéphrite ou même de *compression urétérale*, c'est de prévenir, de diminuer, de supprimer la compression de l'urètre. Prescrire le décubitus sur le côté opposé, ou la station assise dans un fauteuil, de préférence au décubitus horizontal.

Pour traiter l'infection réalisée, on utilise l'ingestion de liquides; voie stomacale ou voie sous-cutanée; ils exercent un lavage du rein. Les injections de sérum exercent, de plus, une action tonique particulièrement efficace. On prescrit avec prudence les balsamiques, la térébenthine, le santal, l'arrhéol. Enfin les antiseptiques, tels que l'urotropine, l'helmitol.

Pour traiter l'*infection avec rétention* c'est d'essayer la *distension de la vessie*. Pour faire la distension vésicale, il n'est besoin que d'une seringue et d'une sonde. On pousse dans la vessie, 150 à 160 grammes environ d'eau boriquée tiède; le liquide est injecté peu à peu très lentement. On s'arrête, dès que la malade accuse le besoin d'uriner. A ce moment, une douleur rénale assez vive indique la mise en jeu du reflexe; on attend quelques minutes, on prie la malade de garder le liquide le plus longtemps possible. La manœuvre est répétée trois ou quatre fois dans les 24 heures; au bout de quelque temps, assez vite, la tuméfaction se montre moins volumineuse, moins rénitente, moins tendue.

Ce moyen n'est contre-indiqué que si la vessie est malade.

Si la vessie est malade et qu'elle a été le point de départ d'une infection ascendante il faut pratiquer quelques lavages.

2° *Traitement obstétrical.* Agir sur l'utérus, cause de la com-

pression et source de tous les accidents, interrompre la grossesse en provoquant soit l'avortement, soit l'accouchement. (Il faut bien remarquer que je ne fais que résumer le travail du Dr Legueu, que je n'ai pas à l'approuver, ni à conseiller tout ce qu'il pourrait recommander. Mais lui-même paraît condamner l'avortement).

(a) L'avortement n'a été provoqué qu'une seule fois. La malade guérit rapidement.

(b) L'accouchement prématuré a été provoqué 6 fois, et suivi de 6 guérisons.

3° *Traitement chirurgical*. Sur le rein on agit de deux façons : on l'ouvre ou on l'enlève.

\* \* \*

II. VALEUR RELATIVE. — Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients.

Les partisans de l'*accouchement prématuré* ne manquent pas d'argument pour légitimer leurs convictions et leur conduite. En provoquant prématurément l'expulsion du fœtus, ils délivrent de bonne heure l'urètre d'une compression gênante; ils permettent au rein de se drainer naturellement et ne font, d'ailleurs, que réaliser ce plan de défense que l'organisme effectue souvent de lui-même.

L'accouchement prématuré est d'autant plus défendable que la grossesse est plus près de sa fin. A ces raisons les adversaires de l'accouchement prématuré opposent de sérieuses objections.

C'est d'abord un sacrifice excessif et même quant l'enfant est viable, c'est une intervention inutile; car les choses s'arrangent souvent d'elles-mêmes et malgré la continuation de la grossesse.

Une autre raison doit encore refroidir l'enthousiasme des partisans de l'accouchement prématuré, c'est que les accidents ne retocèdent pas toujours après l'évacuation de l'utérus, et parfois l'intervention a été tout à fait inutile.

Le *traitement chirurgical* a, lui aussi ses partisans et ses détracteurs.

La *néphrectomie* est avant tout et surtout une opération excessive, et c'est son principal inconvénient. Si la *néphrectomie* doit être rejetée, c'est qu'elle est avant tout une opération par trop radicale.

La *néphrostomie*, au contraire, a de réels avantages.

Elle est avant tout une opération *conservatrice*. Conservatrice, elle l'est pour le rein qui bénéficie de ce que l'opération a de transitoire, de temporaire; conservatrice, elle l'est aussi pour la grossesse qui continue son cours. Elle est une opération d'attente, elle permet d'arriver à la fin de la grossesse, et cet avantage est très précieux lorsque la femme est enceinte seulement de quatre à cinq mois.

\* \* \*

III. INDICATIONS. — En présence d'une pyélonéphrite gravidique que doit-on faire?

Dans la *pyélonéphrite apyrétique* sans accident, sans complication, le traitement médical s'impose.

Le traitement médical est encore le premier et, pendant longtemps, sera le seul à mettre en vigueur contre une *pyélonéphrite gravidique compliquée de fièvre*.

Quand l'infection s'accompagne de rétention on aura recours à la dilatation de la vessie.

Dans les cas *graves* et *complexes*: ce sont ceux dans lesquels la gravité de l'infection, et surtout la persistance de la fièvre, ont si profondément troublé la santé, qu'il faut absolument intervenir pour sauver la mère et l'enfant. Dans ces conditions, quel parti doit-on prendre?

(a) Lorsque la lésion est *bilatérale* et que les accidents par eux-mêmes comportent une indication, c'est à l'accouchement prématuré qu'il faut avoir recours.

(b) Lorsque la pyélonéphrite est *unilatérale*, il n'en va plus de même. La lésion est localisée; une seule opération suffit à l'atteindre et à la drainer; l'opération n'est pas grave pour la mère; elle n'est pas de nature à modifier le cours de la grossesse. Ici la *néphrostomie* est préférable à l'accouchement.

Lorsque la grossesse est à son milieu à une époque où le



foetus n'est pas viable, ou quand un peu plus tard il ne l'est que dans des conditions assez précaires, la néphrostomie est sans conteste l'intervention de choix, puisque seule elle pare aux accidents en cours sans compromettre la grossesse ni la vie de l'enfant.

Au contraire, dans les dernières phases de la grossesse, plutôt que d'ouvrir le rein chez une malade qui est à la veille d'accoucher, il vaut mieux recourir à l'accouchement prématuré.

\* \* \*

#### PYÉLONÉPHRITE ET SUITES DE COUCHES.

Wallich, dont je résume la communication, se pose cette question: *Comment se passent les suites de couches chez une femme qui a une pyélonéphrite, alors que la vulve se trouve plusieurs fois par jour baignée par une urine purulente?*

En d'autres termes, les suites de couches pourront-elles être physiologiques, ou l'infection sera-t-elle fatale? Si les suites de couches sont fébriles, sera-t-il possible de faire une distinction entre la fièvre due à la pyélonéphrite et celle dépendant de l'infection purpérale? Quelle sera la conduite à tenir?

Wallich rapporte deux observations qu'il étudie minutieusement et qu'il compare à d'autres cas cités par quelques auteurs, et il en arrive aux conclusions suivantes:

En cas de pyélonéphrite:

1° Les suites de couches peuvent être absolument normales et apyrétiques; cela s'observe surtout dans les cas où l'accouchement a lieu, alors qu'un temps notable s'est écoulé depuis la dernière élévation de température.

2° Les suites de couches peuvent être fébriles, surtout dans les cas où la pyélonéphrite provoque encore des élévations de température, à une époque voisine de l'accouchement.

3° Ces suites de couches fébriles par pyélonéphrite peuvent se distinguer de ce que l'on observe dans l'infection puerpérale:

(a) Par de grandes oscillations de la température pouvant atteindre et dépasser 2°.

(b) Par une rémission matinale à 37° ou au-dessous ;

(c) Peut-être aussi par l'état du pouls, qui, observé régulièrement dans un cas, n'a pas présenté d'accélération en rapport avec les élévations de la température ;

(d) Par un état général satisfaisant en dehors des heures de fièvre.

4° Il peut donc être utile de distinguer dans les suites de couches la *fièvre par pyélonéphrite*, pour s'abstenir d'une thérapeutique intra-utérine devenue inutile, et qui, étant donné la septicité des urines, pourrait ne pas être inoffensive.

E. A. RENÉ DE COTRET,  
Professeur-adjoint d'obstétrique,  
Accoucheur de la Maternité.

---

## NEUROLOGIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SURDI-MUTITÉ CONSÉCUTIVE A LA MÉNINGITE. — D'après *Louis Gassot* (1), la méningite serait une des causes les plus fréquentes de la surdi-mutité acquise. L'anatomie pathologique montre que cette surdi-mutité dépend des lésions *bilatérales* de l'oreille interne.

Cette surdité débute généralement dans les premiers jours de la maladie. La mutité peut, suivant les cas, exister dès la convalescence ou s'établir pendant les années suivantes.

Les sujets devenus sourds-muets à la suite de méningite ne diffèrent pas sensiblement au point de vue intellectuel des autres sourds-muets et sont justiciables des mêmes méthodes d'enseignement.

\* \* \*

TRAITEMENT DIÉTIQUE DE L'ÉPILEPSIE. — *Balint* avait recommandé d'ajouter au traitement déchloruré de Toulouse et Nichet une diète spéciale: un litre de lait, 50 grammes de beurre, 3 œufs, des fruits, de 300 à 400 grammes de pain dans lequel le sel de cuisine est remplacé par du bromure de sodium.

Chez cinq malades qu'il a suivis pendant six mois, il a vu diminuer les crises de 76 pour cent; dans cinq autres cas, il c'est bien trouvé d'un régime à peu près ordinaire, dans lequel le sel seulement était remplacé par du bromure de sodium. Les accidents de bromisme sont fréquents, mais d'ordinaire peu gravés. Le traitement demande à être surveillé de très près.

\* \* \*

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PROCESSUS MORBIDES LOCALISÉS A LA BASE DU CERVEAU. — D'après *Mingazzini* (2) dans les cas de *tuberculose*, il s'agit le plus souvent de sujets jeunes, héréditairement prédisposés à la tuberculose, parfois atteints d'autres lésions tuberculeuses; la température atteint 38°, 39° ou plus; les muscles de la nuque sont contracturés; des troubles mentaux sont observés de bonne heure et

(1) *Rev. Neur.*

(2) *Rev. Neur.*

sont assez marqués; les symptômes méningés précèdent les troubles paralytiques; la céphalée apparaît à heures variables.

Lors de *méningite basilaire syphilitique*, les malades ont de 20 à 30 ans; ils présentent d'autres manifestations syphilitiques; la température est généralement normale ou peu élevée; la raideur de la nuque est rare; entre les périodes de somnolence ou de coma, la lucidité peut être normale; les paralysies du nerfs crâniens sont précoces; la céphalée apparaît plutôt le soir.

Dans les cas de *tumeurs de la base*, l'âge est quelconque; il peut y avoir des manifestations néoplasiques en d'autres régions du corps; la température est normale; la névrite optique atteint rapidement un degré accentué.

Tel est le tableau que l'auteur tire des observations relatives.

Enfin, Mingazzini insiste sur la fréquence de l'hérédité tuberculeuse dans les cas de méningites tuberculeuses basilaires; tous ses malades présentaient cette hérédité pathologique. En cas de doute, on doit penser à la tuberculose chaque fois qu'on relève chez le malade des antécédents héréditaires tuberculeux, une localisation tuberculeuse sur un autre organe que le cerveau et des troubles précoces des facultés mentales.

\* \* \*

Dans une communication récente à la Société de Neurologie de Paris, MM. Constensoux et Chesnaie donnent les résultats qu'ils ont eus dans l'emploi du *véronal* comme hypnotique chez des malades atteints d'insomnie de cause nerveuse. La dose généralement employée a été de 0.50 centig.; une seule fois elle a été élevée à 0.80 centig. Cette dose de 0.50 centig. a toujours donné un excellent résultat.

Chez 10 malades, un cachet de 0.50 centig. pris au moment du coucher dans une infusion chaude calmante, leur a toujours procuré, au bout d'une demie-heure environ, un sommeil tranquille, ressemblant en tous points au sommeil physiologique, sans prodromes pénibles ni état d'ivresse; la durée du sommeil a été en moyenne de six heures sans qu'il y eut accoutumance. Au réveil pas de torpeur cérébrale, pas de fatigue

physique, pas de nausées; le système circulatoire et le tube digestif ne paraissent pas non plus influencés et les diverses sécrétions ne sont pas modifiées.

Mais, de ces 10 malades, trois ont présenté des troubles du sens de l'équilibre et trois ont été atteints d'éruptions polymorphes à caractères symétrique; cinq n'ont ressenti que de très bons effets sans aucun inconvénient.

Le *véronal* est un hypnotique sûr, dont il convient de surveiller l'emploi. Il est bon, avant de le prescrire, de s'assurer du fonctionnement du foie et des reins.

M. *Pierre Marie* est satisfait de l'emploi du *véronal*, non seulement comme hypnotique, mais surtout comme antispasmodique. Il a vu, dans deux cas de syringomyélie, les phénomènes sparsmodiques s'améliorer.

E. P. CHAGNON.

---

# ACTUALITÉS

---

## A L'HOTEL-DE-VILLE

---

### NOS EDILES ET LA SEROTHERAPIE

Il y a quelques jours, le Conseil d'hygiène de Montréal, sur la suggestion du médecin de la cité, M. le docteur Louis Laberge, a jugé opportun de faire une petite enquête sur l'action des sérums dans différentes maladies, spécialement dans la tuberculose et la fièvre typhoïde.

Epris du saint amour de la philanthropie, nos édiles se sont demandé si les malheureux atteints de ce mal incurable qu'est la tuberculose, trop souvent, ne pourraient pas bénéficier — *tout comme nos ivrognes libellés* — des secours de la ville et récupérer leurs forces en s'assimilant les principes vitaux d'un sérum effectif.

M. le docteur Louis Laberge, *toujours renseigné ou avide de l'être*, à émis l'opinion que les auteurs étaient confondus, ou plutôt, divisés sur cette question, — *scinduntur doctores*. — Les uns affirment la haute valeur curative ou préventive de leur sérum injecté respectivement dans la tuberculose et la fièvre typhoïde; les autres — et c'est le petit nombre croit-on!... — nient que ces sérums aient fait leur preuve dans le traitement de ces deux affections.

“ Quant à moi, a-t-il dit, je ne saurais vous éclairer sur ce point. La lumière faisant défaut en Europe, on n'en saurait trouver à Montréal. Aussi, je me permettrai de faire une suggestion aux membres de ce comité et spécialement à M. le président. J'ai ouï dire, ou j'ai lu quelque part dans “ la presse quotidienne ” que M. le docteur A. De Martigny doit partir bientôt pour l'Europe. Pourquoi ne lui demanderions-nous pas de s'intéresser à cette question — ignorée d'un si grand nombre encore! — de faire une étude sur place, et de faire rapport à une des prochaines séances. Nous ne saurions trouver de médecin mieux qualifié. Son désintéressement bien connu pour tout ce qui touche à la médecine en fait un auxiliaire précieux dans les circonstances étant donné la pénurie dans

laquelle nous nous trouvons actuellement au point de vue financier. Le Comité n'aurait aucun déboursé à faire... "au contraire!!..." et nous serions renseignés une fois pour toutes. Reste à savoir si M. De Martigny voudra bien accepter cette tâche?... Mais je crois que, dans l'intérêt de la ville, de nos édiles et des *classes pauvres surtout*, il consentira à s'imposer ce surcroît de travail dont nous pourrions tous bénéficier, *moi le premier.*"

Et tous les membres d'applaudir et d'approuver le plan ingénieux suggéré par notre digne aviseur médical.

M. le docteur Dagenais, président de la Commission d'hygiène, s'est bien permis de faire quelques réserves sur les conclusions savantes de son confrère le Dr Laberge, car c'est un profond sceptique que ce président railleur; mais devant les remarques opportunes et désintéressées de ses collègues désireux de s'instruire et grands amateurs-philanthropes, il a consenti à apposer sa signature au bas d'une résolution dans le sens indiqué ci-dessus.

— Quant à nous, nous nous réjouissons de cette heureuse initiative. Nous sommes sûrs que la délégation qui se rendra auprès de M. De Martigny sera reçue avec déférence et qu'elle obtiendra son concours pour "toute fin que de droit," comme l'on dit au Palais.

Il est vrai que M. De Martigny pourrait objecter que, pour les médecins *qui lisent*, la question est connue; que les Sociétés savantes se sont prononcées sur les résultats acquis jusqu'à ce jour; que les journaux de médecine du monde entier ont publié le compte-rendu de leurs délibérations et que les recherches se poursuivent activement un peu partout, même à Montréal <sup>(1)</sup> où le sérum antituberculeux a été expérimenté sur une large échelle dans nos Hôpitaux et ailleurs à l'*insu, toutefois, des autorités municipales!*... Mais nous croyons devoir suggérer à notre confrère d'accepter, quand même, cette tâche onéreuse pour lui et *si flatteuse pour le corps médical de cette province!* Honneur oblige; et lorsqu'on a la réputation de passer,

(1) Depuis le retour de Paris du Dr L. J. Lemieux à qui le Dr Marmoreck avait confié un bon nombre de sérum antituberculeux.

auprès d'amis dévoués, pour le premier médecin de son temps; on se doit à ses compatriotes et on a le devoir de protéger la santé publique... quand l'occasion s'en présente.

— D'ailleurs, le public n'est bien renseigné que par "la presse quotidienne", même sur une question de *science médicale pure* à laquelle les hommes de l'art comprennent peu de chose encore, tant est parfaite sa méthode d'enseignement par "l'image et la photographie" quand l'explication banale ne suffit plus. C'est à cette tâche que se sont voués quelques-uns de nos édiles, et il faut les louer d'avoir un tel courage.

— Notre sympathie bien connue pour notre ami De Martigny nous fait un devoir de lui conseiller de *souscrire* aux vues de la Commission d'hygiène dans l'intérêt de l'humanité en général et de la profession médicale en particulier. D'autre part, la haute estime dans laquelle il tient l'*Union Médicale* nous permet d'espérer qu'il suivra ce conseil purement amical.

Et qui donc à ce prix oserait s'y refuser?

Et à propos de sérothérapie, pourquoi la commission d'hygiène ne s'intéresserait-elle pas aussi au sérum anti-pestueux. Un voyage en Chine!... c'est bien peu de chose pour étudier sur place les merveilleux résultats du traitement!...

Il est vrai, aussi, que nous avons à Montréal un nombre respectable de flocons de sérum anti-pestueux entassés dans les caves du Conseil d'hygiène provincial, et qui au point de vue expérimental, pourraient tenter un esprit plus curieux encore que celui de notre médecin sanitaire.

Mais voilà! Le sait-on à l'Hôtel-de-Ville?

Ne pourrait-on pas, alors, trouver moyen d'utiliser ces trésors enfouis?... par exemple en les utilisant à la désinfection de nos ruelles dont l'état pestilentiel constitue un danger sans cesse menaçant, au dire, toujours, de "la presse quotidienne"?

Dont avis!...

Et que de choses encore!...

X. X...



## CONGRÈS DES JOURNALISTES CANADIENS-FRANÇAIS A MONTRÉAL, LES 26 ET 27 JUIN

Les journalistes Canadiens-Français forment déjà une association importante dont le siège principal est à Montréal. Son but est de faire école, si possible; de former l'esprit de notre jeune génération de journalistes et de les initier à *l'art de penser avant que d'écrire*. Tâche noble et opportune s'il en fut; car on ne semble guère soucieux, au Canada, de faire, du journalisme, autre chose qu'un métier au rabais, alors qu'on devrait l'élever au rang d'une profession — rang qu'il occupe dans d'autres pays — apte à former et à diriger l'opinion publique par le savoir et l'intégrité morale de ceux qui se destinent à cette belle carrière. — Les écrivains sérieux sont rares, ici, qui tiennent une plume indépendante dans nos grands quotidiens. Tout y est subordonné à la politique — car on ne conçoit pas de journalisme sans politique — qui asservit les meilleurs talents au rôle de simples apologistes en faveur de l'homme qui dirige, au détriment de l'idée mère qui doit présider au développement matériel et intellectuel d'un peuple. C'est l'apothéose du sophisme, presque la négation de la personnalité. Aussi, point de thèse à grande envergure qui passionne et tienne l'esprit en haleine; point d'essais sérieux sur les grands problèmes sociaux qui intéressent autant la jeune Amérique que la vieille Europe. Tout repose dans l'impersonnel ou l'anonymat qui se cache, souvent, derrière l'éditorial agressif et pervers, à côté du fait divers banal, quand il n'est pas grotesque et démesurément grossi pour les fins du tirage.

La reproduction, si agréable soit-elle pour le lecteur, n'est jamais faite qu'au détriment de l'auteur dont on sacrifie impitoyablement les droits en se dispensant de son autorisation ou en cachant même la source d'information.

Bref, une réorganisation s'imposait, et c'est à cette tâche que des jeunes gens de talent et d'initiative se sont voués en se groupant en un corps distinct qui aura désormais ses coudees franches.

La lettre circulaire que nous publions ci-dessous s'exprime assez clairement. Nous adhérons à ce programme et nous ferons nos efforts pour atteindre le but qu'il se propose, en participant aux travaux du congrès prochain.

Le journalisme médical devait occuper une place dans l'enceinte de ce nouveau parlement; et nous sommes heureux qu'on y ait songé.

Monsieur et Cher Confrère,

Vous avez peut-être entendu parler déjà de l'Association des Journalistes Canadiens-Français, fondée à Montréal, il n'y a pas encore un an.

Quoi qu'il en soit, un rapide examen des documents que nous avons l'honneur de vous soumettre ci-contre vous fera mieux connaître ce que nous sommes, ce que nous voulons faire et l'organisation, encore à compléter, au moyen de laquelle nous espérons réaliser nos desseins.

A l'occasion des grandes fêtes jubilaires de l'Association Nationale Saint-Jean-Baptiste, cette année, notre Association des journalistes a cru opportun d'organiser un congrès de la presse française d'Amérique, sur l'invitation et sous les auspices de l'Association Nationale.

Nous désirerions rassembler autour de notre syndicat professionnel, encore au berceau, des délégués autorisés de tous les journaux de langue française, tant au Canada qu'aux Etats-Unis.

Ne fût-ce que pour un jour, nous serions très-heureux d'amener célébrer avec nous ces grandes fêtes de la famille franco-américaine, qui se préparent, pour le 24 juin, à Montréal, tous nos estimés camarades, connus ou inconnus, qui tiennent, comme nous, une plume française en Amérique.

Il nous serait particulièrement agréable de lier ou de renouveler connaissance avec tous ces confrères éloignés, mais non moins sympathiques pour cela, de leur serrer fraternellement la main. Nous saisirions l'occasion de recueillir les con-

seils de leur sagesse et de leur expérience sur le mode le plus efficace de donner aux idées françaises, au Nouveau Monde, par l'entremise de la presse qui les développe, le plus grand relief, la plus salutaire influence pour l'avancement de nos intérêts nationaux, qui puisse rêver l'ardent patriotisme dont nous nous inspirons tous également.

La circonstance se prêterait aussi fort bien à une étude "en famille" de la situation professionnelle du journalisme franco-américain, des possibilités d'amélioration qu'elle présente et des moyens les plus appropriés qui peuvent s'offrir d'assurer une telle amélioration: extension de notre syndicat; fédération de groupes identiques; fondation d'offices de publicité et bureaux de recrutement professionnel; garantie des droits d'auteurs; respect des personnes dans les polémiques, etc., etc.

Ayant en vue toutes ces graves considérations, la commission spéciale, chargée par notre Association d'organiser le congrès jubilaire de juin 1904, ne croit pas être indiscrete en vous invitant à représenter vous-même ou faire représenter par un collègue dûment autorisé, votre estimable journal à ces premières assises officielles de la presse française d'Amérique.

Nous nous plaçons donc à compter sur la faveur d'une réponse prochaine à la chaleureuse invitation que nous vous transmettons dès aujourd'hui, réponse qui nous apportera votre adhésion formelle au projet du congrès et la promesse de votre personnel concours.

Sur réception de cette adhésion, que nous espérons obtenir avant le 20 mai, au plus tard, nous nous empresserons de vous communiquer tous les détails utiles sur l'organisation définitive du congrès, les facilités de transport et de séjour que nous comptons pouvoir garantir à nos hôtes journalistes, etc.

Le premier congrès de la presse française d'Amérique aura lieu à Montréal, tout probablement aux dates des 25 et 26 juin 1904.

Comptant sur l'avantage de vous y trouver, nous demeurons monsieur et cher confrère,

Vos cordialement dévoués,

Pour la commission,

AMEDEE DENAULT, Président.

P. ARTHUR COTE, Secrétaire.

Boîte de Poste 2182, Montréal.

L'UNION MÉDICALE a désigné M. le Dr LeSage, comme son délégué officiel à ce congrès des journalistes franco-américain.

---

## LA REFORME DES EXPERTISES MEDICALES

---

Dans son article de tête d'avril dernier, intitulé "l'expert médical", le *Dominion Medical Monthly* nous fait bien voir les invénients de l'expertise, telle qu'organisée en ce pays. Nous croyons devoir donner la traduction de cet article dont l'importance n'échappera à personne. Voici comment il s'exprime :

" Quelqu'un a émis l'opinion que nous devrions tous être jugés malhonnêtes jusqu'à preuve du contraire; mais c'est un axiome bien connu de la loi anglaise que tout accusé est supposé innocent jusqu'à ce qu'il soit déclaré coupable. Le pire des criminels peut toujours trouver un avocat qui le défende. C'est là l'affaire des avocats. Toutefois le système qui range les médecins en des camps opposés, les uns combattant pour la couronne ou le peuple, tandis que les autres servent également aussi un des intérêts de la défense—est un système défectueux vicieux.—Tout médecin devrait être appelé en cour à la réquisition du juge, et convenablement payé par l'État pour ses services; par cette procédure on mettrait fin aux moqueries et aux remarques malveillantes suscitées que "les médecins s'entendent pas". Maintes fois, le témoignage médical a été l'objet de critiques acerbes et a reçu de rudes coups, à cause du fait que l'expert médical est là pour témoigner en faveur du parti qui l'appelle et qui le paye. Tout ceci tourne au désavantage de la profession en général, et plus d'un de ses membres en éprouve du chagrin. Dans plusieurs cas ceci peut être amené par le fait que l'expert médical n'est pas suffisamment qualifié comme tel; et il serait peut-être désirable que les médecins refusassent d'aller en cour, quand la chose leur est possible; quand il ne se sentent pas suffisamment qualifiés pour rendre témoignage sur les points en litige. Pas un médecin n'est qualifié pour agir comme expert dans tous les cas qui viennent devant la cour, et ils devront s'en rendre compte. Un chirurgien n'est pas un expert en aliénation mentale, pas plus que le médecin n'est expert en chirurgie; quiconque qui n'est pas spécialiste dans les affections de l'œil.

pourrait être qualifiée par expérience ou savoir pour rendre témoignage dans un cas qui se rattacherait à cette partie de la science médicale. Pourquoi le ferait-il? C'est s'attirer à lui-même du ridicule, et à ses confrères du mépris. On va jusqu'à dire que certains experts avaient été connus pour ne jamais refuser de rendre témoignage quand ils y étaient invités; qu'ils possèdent par expérience autant de connaissances des fractures qu'ils ne ont des calculs biliaires et d'autres calculs, qu'ils connaissent tout en matière d'affection mentale, et tout ce qui vaut la peine d'être connu en toxicologie. Un homme qui n'a jamais observé un cas d'empoisonnement par la stychnine est-il qualifié pour témoigner comme expert dans l'espèce? Nous sommes d'avis que non. Il peut être assuré que ceci sera mis à jour en cour à son grand désavantage, et il se sentira humilié en présence de tous ses auditeurs. Une telle expertise médicale est sans valeur, ridicule et dépourvue de sens commun. La science médicale est trop vaste pour qu'il soit possible à un homme d'être un expert dans tout ce qu'elle embrasse; et, même des années de pratique général ne peuvent fournir cette compétence.

Si nous accordions plus de considération à un refus consciencieux d'aller en cour, celui qui accepterait cette manière de faire se réhausserait dans l'estime de ses confrères, et l'avantage qui en découlerait tournerait au bénéfice de la profession en général. Quelques incidents prouveront l'exactitude de cette prétention. Un chirurgien témoigna un jour que l'artère temporale plongeait à travers la paroi crânienne, et en ressortait de nouveau. L'auteur d'un traité de toxicologie bien connu, appelé un jour devant la cour pour témoigner comme expert dans un cas d'empoisonnement par la stychnine fut forcé d'admettre qu'il n'avait jamais observé un cas d'empoisonnement par ce tonique. Un autre, après 40 années de pratique générale, alors qu'il était expert principal dans un cas de réclamation en dommage contre une grande ville pour une fracture de Pott, fut finalement obligé d'admettre à sa courte honte que c'était le premier cas du genre qu'il lui avait été donné d'observer. De tels incidents ne

servent qu'à discréditer l'expertise médicale aux yeux des jurés. Ils ne prennent pas en considération le fait que l'expert peut avoir une bonne connaissance théorique du sujet. Ils exigent davantage; ils demandent en plus de l'expérience. Personne devrait se présenter en cour dans un cas donné, à moins qu'il ne possède une expérience réelle en la matière, et qu'il ne se laisse pas embarrasser en transquestion par un avocat des plus ordinaires. Certainement tous ceux qui sont obligés de se rendre en cour devraient le faire armés de toutes connaissances qui se rattachent au sujet. Le sujet le plus banal nécessite une connaissance aussi vaste que les sujets les plus compliqués."

Nous partageons absolument l'avis du rédacteur de cette excellente revue, et nous considérons qu'il serait grand temps que le gouvernement s'occupe d'organiser cette partie de la procédure judiciaire.

Il y a quelques années on a présenté à la Chambre des députés en France un projet de loi dont M. Jean Cruppi était l'auteur: loi qui avait pour but de changer un état de choses que tous désiraient voir disparaître.

Cette loi propose la confection annuelle par la Cour d'Appel d'une liste d'experts qui seraient appelés à agir devant les cours correctionnelles et criminelles. Le président du tribunal désigne un expert, et le prévenu a aussi le privilège d'en choisir un de cette même liste. Les deux experts ainsi nommés agissent conjointement et présentent au tribunal leurs conclusions. Dans le cas où ils ne parviennent pas à s'entendre, il y a alors lieu de recourir à un arbitrage, les deux experts nomment un troisième arbitre pour les mettre d'accord; s'il arrive que les deux experts ne s'entendent pas sur la nomination de ce troisième arbitre, il appartient au président du tribunal de faire cette nomination.

L'expertise ne devra jamais être faite par un seul médecin, ce qui pourrait arriver si le prévenu se désistait de son droit de nommer un expert, ou qu'il fut en fuite; comme le dit si bien monsieur le professeur Pinard: " L'expertise par un seul expert est l'arme la plus dangereuse que je connaisse, car

“ elle peut atteindre tout le monde dans sa considération, dans  
“ dans sa liberté, dans son honneur. Quelque soit la valeur  
“ d’un homme, l’expert isolé sera toujours un danger; son  
“ témoignage doit avoir aucune valeur aux yeux de la jus-  
tice.” Dans ce cas, il sera du devoir du tribunal de nommer  
deux experts.

Cette loi, dont nous voudrions voir adopter le principe, aura  
pour effet de faire disparaître l’énoncé d’opinions très souvent  
contradictoires, qu’un jury ignorant des choses médicales,  
est appelé à trancher.

Nous espérons que l’honorable Procureur Général dont la  
compétence légale est hautement appréciée, saura apporter  
une réforme à un état de choses qui tous s’accordent à dé-  
plorer et que notre prochain Congrès de Médecine émettra  
un vœu dans ce sens.

E. P. CHAGNON.

---



# DANS NOS UNIVERSITÉS

---

## LES NOUVEAUX MÉDECINS

---

Samedi dernier, se sont terminés à l'Université Laval les examens de candidats à la pratique de médecine.

Le résultat était attendu avec la plus grande anxiété par les élèves.

Les examinateurs ont fait preuve d'une grande célérité car après avoir corrigé les manuscrits de quarante candidats, ils ont pu proclamer, hier soir, les noms des nouveaux esculapes.

Trente-huit étudiants ont vu leurs efforts couronnés de succès et ils partent aujourd'hui avec leur brevet de docteurs dans leurs poches.

Voici les noms des nouveaux médecins pour la session 1903-1904.

### LAVAL.

Bélangier, J. E., avec grande distinction; Bonin, Adrien; Beauregard, G. E.; Cousineau, J. A., avec grande distinction; Chapron, Philéas; Choquette, Alfred; Desnos, Louis; Demers, Albert, avec grande distinction; Dubé, Louis, Félix, avec distinction; Desorcy, Chs. A.; Dupuis, Zéphirin; Dufresne, Eugène, avec distinction; Desmarais, Henri, avec distinction; Foley Joseph, Gagné Emmanuel, Gagné Rodolphe, Gaudet Lucien, Guenette J. A., avec distinction; Gatién J. A., Gunville Jos., Hébert Oswald, LeBel Hyacinthe, avec grande distinction; Landry Eugène, Labelle Émile, Lachaine Edmond; Landry L. H., Lachance Fortuna, Marcil Alfred, Martin Auguste, avec distinction; Meunier Joseph, avec distinction; Millet E., Monette Francis, avec distinction; Pelletier Antonio, Poirier Armand, Pariseau Léo, avec distinction; Renaud L. H., Vandandaigue Isaac, Malchelosse Maurice, avec distinction.

Sur 98 étudiants en médecine, l'Université McGill a annoncé hier que 85 avaient reçu le grade de docteur. La médaille d'or Holmes a été accordée à M. J. A. Nutter, de Montréal, et le prix va à M. J. L. Robinson, de Ste-Marie, Ont. La médaille est décernée pour excellence dans tous les sujets du cours et le prix pour excellence dans les matières de quatrième année.

Les nouveaux médecins sont :

MM. Ainley, W. E., B. A.; Alford J. H.; Atkinson H. S.; Bentley J. S., B. A.; Black J. C.; Blageman F. W.; Bonin R. P.; Cornochoan M. L. C.; Charman F. D.; Chipman W. W.; Coffin J. W.; Cook W. J.; Crack I. E., B. A.; Cram W. J.; Crosby P. C.; Crowell B. C., B. A.; Davidson H. D., J.; Dickson W. H.; Dillon W. P.; Douglass E., B. A.; Dunn J. F.; Eaton C. E.; Faulkner J. A., B. A.; Fisher E. M.; Fisher F.; Folkins C. G.; Ford H. S.; Fraser S.; Fyshe J. C., A. B.; Gibson G. M.; Gibson B.; Gillis J. E.; Gilroy J. R.; Gormely J. C.; Graham R. W.; Grant N. P.; Greenwood W. T.; Harrison L. L., B. A.; Hogan F. J.; Hotchkiss E. A.; Howitt H. O.; Hutchinson J. W.; Johnson J. G. W., M. A.; Judson A. H.; Kerr H. H.; Keys M. J.; Lauchland L. C., B. A.; Lincoln W. A.; Lippiatt H. T.; Losier A. J.; MacKenzie A. B.; MacKid L. S.; McIntosh L., DeC.; McKenty F.; McKenzie R. P.; McLachlan D. C.; Markson S. M.; Martin J. C.; Meakins J. C.; Miller C.; Miller V. L., B. A.; Murphy H. H., B. A.; Nagle S. M.; Nutter J. A., B. A.; Park A. W.; Preston C. E.; Price Jos.; Quain B. P.; Rankin A. C.; Reford L. L., B. A.; Richardson C. A.; Richardson C. A. C., B. A.; Robinson J. L.; Rogers J. T., B. A.; Sellery A. C., Ph. B.; Sims H. A.; Smith C. A.; Stewart J. A.; Tanner C. A. H.; Warwick Wm; Wilson O. M.; Wilson T. R., B. A.; Wood H. G.; Wright G. A.; Yorston F. P., M. A.

Ont obtenu le plus grand nombre de points, MM. J. A. Nutter, J. L. Robinson, W. A. Lincoln, J. C. Meakins, V. L. Miller, F. McKenty, J. C. Fyshe, J. W. Coffin, J. E. Gillis, J. A. Faulkner.

## LETTRE OUVERTE AUX ABONNÉS

---

Depuis quelques mois nous avons un nouvel administrateur M. T. Valiquette, successeur de notre ami le docteur H. Her-vieux qui a bien voulu se dévouer à cette tâche ardue pendant une année entière.

Par suite de certains malentendus survenus entre l'Union Médical et des agents d'affaires qui ont collecté les comptes du journal allant du 1er juin 1900 au 1er juin 1902, il est résulté des ennuis pour beaucoup de nos vieux abonnés. Ils reçurent des lettres d'avocats accompagnées de menaces et d'expressions pas toujours polies. Plusieurs s'exécutèrent volontiers, d'autres protestèrent auprès de l'administrateur du journal; quelques-uns, mêmes, nous injurièrent et nous ordonnèrent de leur cesser l'envoi du journal.

Notre administrateur et le secrétaire de la rédaction répondirent à toutes les lettres, donnant à chaque correspondant les explications les plus détaillées sur le concours de circonstances qui avait entraîné ce malheureux état de choses. Nous avons le grand plaisir de dire, ici, que la majorité, pour ne pas dire tous les mécontents ont compris la situation et nous ont exprimé, dans une lettre subséquente, leur entière confiance et leur satisfaction la plus complète.

En prenant la direction de l'Union Médicale, le plus ancien de nos journaux de médecine, nous avons entrepris une tâche difficile, nous le savons, mais nous avons réussi, grâce à une solidarité de travail à toute épreuve et des efforts constants à le faire progresser d'année en année.

Depuis quatre années, au-delà, que nous dirigeons l'Union Médicale, nous avons réussi à en faire un journal local, sérieux, un propagateur, et un vulgarisateur des plus récentes découvertes en médecine et en chirurgie.

Chaque mois nous publions des travaux originaux qui sont lus — on nous le répète — avec plaisir et profit. Nous essayons, par l'analyse des journaux étrangers, de tenir nos abonnés au courant des travaux, recherches, etc., qui se font ailleurs.

Nous voulons faire mieux encore et nous y arriverons soyez en convaincus.

Ce n'est pas sans sacrifices de temps et de travail que nous parvenons à faire ce que nous appelons "*notre journal de chaque mois*", et nous ne le disons pas, ici, pour nous attirer des sympathies ou des félicitations. Non! nous avons eu l'ambition de faire une publication convenable, nous avons atteint le but très vite et nous avons l'intention de continuer dans le même chemin du progrès. Nous osons, tout simplement, solliciter de la bonne volonté de la part de quelques abonnés — oh c'est le petit nombre allez — qui ont été ennuyés ou qui le sont encore par des agents collecteurs. Nous leurs offririons tous nos regrets que ça reparerait très peu de choses évidemment, mais c'est malheureusement la seule chose que nous pouvons faire dans les circonstances. Le Bureau de direction a décidé de faire toutes les concessions et de s'en rapporter à la parole de ses clients pour les abonnements qui datent de juin 1902 à janvier 1904.

Chaque fois qu'un abonné a à se plaindre du journal ou de son administration, qu'il nous en avertisse et nous mettrons ordre à tout.

Encore une fois, que l'on ne s'imagine pas, et nous en appelons à nos confrères des autres revues médicales du pays, que le journalisme médical soit une sinécure ou un pactole.

Nous espérons rencontrer un grand nombre de nos abonnés lors du prochain Congrès les 27, 28 et 29 de ce mois; nous nous empressons de leur dire que "l'Union Médicale" aura bientôt son bureau d'affaire au centre de la ville et que notre administrateur s'y tiendra à la disposition des médecins pour abonnements, renseignements, etc., tous les jours de la semaine.

LA DIRECTION.

---

## SOCIÉTÉS

---

Les médecins de districts s'organisent rapidement en sociétés médicales. On semble vouloir secouer un peu partout cette torpeur si funeste à nos vrais intérêts, si pénible au médecin travailleur qu'elle réduit à l'impuissance et à la stérilité au point de vue scientifique et professionnel.

Nous applaudissons à ces innovations et nous félicitons les promoteurs de ces beaux mouvements.

Il nous fait plaisir d'annoncer que les médecins du district d'Arthabaska se sont constitués en association. Nous donnons ci-dessous le résultat de leur première réunion.

---

### L'ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA

---

Mardi dernier, invités par les docteurs Sirois et Blondin, seize membres de la profession se rendaient à Victoriaville et jetaient les bases d'une association médicale.

Étaient présents : Messieurs les Drs Poulin, de Victoriaville; Laurendeau, du même endroit; Bergeron, de Plessisville; Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax; Rouleau, de Victoriaville; Belleau, d'Arthabaska; Pelletier, de Victoriaville; Roger, de St-Julie de Somerset; Lambly, d'Inverness; Triganne, de Plessisville; Ricard, de Warwick; Garneau, de Stanfold; Blondin, d'Arthabaska; Georges Côté, St-Paul de Chester.

À 2 heures p. m., ces messieurs entraient dans la salle de l'hôtel-de-ville, gratuitement offerte, accompagnés de M. Auguste Bourbeau, secrétaire de la Corporation, qui était, pour la circonstance, le charmant représentant de Son Honneur le maire, M. Paul Tourigny, M. P. P., occupé à la Législature.

Il fut proposé que M. le Dr Poulin fut président de cette

assemblée, en sa qualité de doyen des praticiens de ce district; que le Dr Georges Côté, benjamin de la profession, fut secrétaire, M. le Dr Côté ayant décliné l'honneur la tâche échouait au Dr Blondin.

A l'unanimité des membres, il est résolu qu'une société médicale qui aura pour nom: " Société Médicale du district d'Arthabaska ", soit formée; qu'un comité de trois des membres soit formé pour faire les règlements les plus propices pour le bon fonctionnement de la société.

Après discussion il est résolu, sur division, d'élire tout de suite les officiers honoraires et actifs de l'association.

L'élection des officiers a donné le résultat suivant: Président honoraire, Dr Poulin, de Victoriaville; président actif, Dr Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax; premier vice-président, Dr Laurendeau, de Victoriaville; second vice-président, Dr Belleau, d'arthabaska; trésorier, Dr Triganne; secrétaire, Dr Ricard, de Warwick.

Les nouveaux officiers prient ensuite leurs sièges et plusieurs propositions furent faites à l'effet de fixer la date de la prochaine réunion et d'inviter tous les autres confrères du district d'arthabaska à se joindre à l'association.

Messieurs les Drs Poulin, président honoraire, et Sirois, président actif, prirent tour à tour la parole pour remercier les confrères de s'être rendus en aussi grand nombre, les assurant de tout leur dévouement pour le bon fonctionnement de l'association et les remerciant de l'honneur qu'on leur avait conféré.

Le Dr Blondin fit l'éloge du Dr Sirois, qui nous a si dignement représentés depuis six ans bientôt dans le collège des médecins, en sa qualité de gouverneur. Il lui proposa des remerciements qui furent acceptés aux grands applaudissements de tous les confrères réunis.

Après l'assemblée, tous les confrères, sur l'aimable invitation de M. le Dr Poulin, se rendirent chez lui. On y prit un superbe goûter, on y but des vins très généreux et la plus franche gaieté régna.

Des télégrammes et des lettres d'excuse ont été envoyés au Dr Blondin, par MM. les Drs LaRue, de St-Germain de Grantham; Drs Bérard et Gill, de Drummondville; Drs Mazurette et Garron, de l'Avenir; Dr Eugène Lacerte, de Thetford Mines; Dr J. E. Lafarge, de St-Hélène de Chester; et Philippe Duval, de Ham-Nord.

---

### Marchandises de pure laine de Jaeger

---

La Compagnie limitée DR JAEGER'S SANITARY WOOLEN SYSTEM a ouvert un nouveau magasin au No 2206, rue Sainte-Catherine, pour la vente de ses produits manufacturés si bien connus. Elle vend une grande variété d'articles : dessous pour tous les âges et climats, robes de chambre, chemises d'hommes, blouses pour dames, châles et couvertes de voyage, et plusieurs spécialités nécessaires à la santé ou à la guérison des maladies, telles que ceintures contre les coliques et bandages, ceintures abdominales, maillots pour les genoux, protecteurs de la poitrine, bandages, chaussettes, etc.; tous ces articles sont fabriqués de la laine naturelle la plus pure ou de poils de chameaux. La valeur du système du Dr Jaeger a été endossée par la profession médicale dans le monde entier et ne repose pas seulement sur des témoignages isolés comme plusieurs soi-disant systèmes sanitaires. C'est une idée basée sur le sens commun que le vêtement des hommes et des femmes doit être tiré de la toison que la nature a fournie aux animaux à sang chaud de degré inférieur — pure laine et poil. Ceux-ci étant poreux, donnent une ventilation convenable à la peau et lui permettent de remplir ses fonctions naturelles; la fibre solide végétale de la toile et du coton ne peut qu'empêcher l'évacuation normale des sécrétions par les pores.

---

# PHARMACOLOGIE

## FORMULAIRE

### CORYZA. — *Traitement abortif :*

1° Acide phénique pur.....	} ââ 5 grammes.
Ammoniaque.....	
Alcool à 90°.....	10 —
Eau distillée.....	15 —

Toutes les heures, verser dix gouttes sur du papier buvard et en respirer les vapeurs par le nez.

2° Ou bien priser toutes les heures une forte pincée de :

Chlohydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 centig.
Menthol.....	0 gr. 25 centig.
Salol.....	5 grammes.
Acide borique.. ..	10 —

3° On bien prendre, en deux fois, trente gouttes de

Teinture de belladone.....	} ââ 4 grammes.
Alcoolatine de racine d'aconit.....	

### DYSPEsie :

Teinture de gentiane.....	} ââ 5 grammes.
— d'écorces d'oranges amères.....	
— de badiane.....	8 —
— de cardamome composée.....	1 gr. 50 centig.
— amère de Baumé.....	1 gr. 50 centig.

Eau distillée de menthe..... 125 grammes.

Une cuillerée à thé, deux fois par jour.

### BRONCHO-PNEUMONIE DES ENFANTS :

Benzoate de soude.....	} ââ 0 gr. 50 centig.
Acétate d'ammoniaque.....	
Cognac vieux.....	8 grammes.
Julep gommeux.....	} ââ 45 —
Sirop de tolu.....	

Par cuillerées à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'âge de l'enfant. [MAREAN.]

### CONTRE LES LOMBRICS :

Santonine.....	0 gr. 05 centig.
Calomel à la vapeur.....	0 gr. 10 centig.

A prendre pendant trois jours consécutifs, le matin, à jeun, dans un peu de lait sucré.