

**PAGES**

**MANQUANTES**

# SOMMAIRE

---

## MÉMOIRES

- 481—Contribution à l'étude de l'anesthésie générale. *W. D.*  
488—Erysipèle de la face ..... *E. D. D.*  
491—Le diagnostic du cancer de l'estomac ..... *W. F. C.*

## ANALYSES

### MÉDECINE JOURNALIÈRE

- 501—Les maladies au point de vue des compagnies  
d'assurances ..... *V.*

### CHIRURGIE JOURNALIÈRE

- 504—Traitement des écrasements de doigts ..... *P.*

### ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

- 507—De la méthode oxygénée dans les infections chi-  
rurgicales, principalement dans les arthrites  
suppurées du genou. .... *X*  
508—Traitement des tumeurs malignes par le radium *X.*

### SYPHILIGRAPHIE

- 509—Le traitement local de la syphilis. ....,..... *X.*

### FORMULAIRE DU PRATICIEN

- 511—L'hyperhidrose locale ..... *C.*  
512—Les crevasses du sein ..... *Z.*  
515—Société médicale du comté de Portneuf ..... *T. S.*  
518—Circulaire ..... *P. E. P.*

### LE BUREAU DE MÉDECINE

- 521—La réforme des études médicales et la licence  
interprovinciale ..... *Dr B.*

## MEMOIRES

---

### CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

---

Par M. le Dr W. DELANFAY, de Québec.

---

Messieurs,

Les quelques considérations que je désire vous présenter sont basées sur des observations personnelles recueillies tant à l'Hôtel-Dieu de Québec que dans ma clientèle de ville pendant un peu plus de trois années.

Le grand nombre d'accidents mortels imputables directement à l'administration des anesthésiques et les discussions qui ont actuellement lieu un peu partout sur la valeur relative des deux principaux anesthésiques, le chloroforme et l'éther, m'ont induit à penser que ma contribution vous sera d'un certain intérêt.

L'administration d'un anesthésique général n'est pas à ce point chose banale dont on doit se désintéresser ; au contraire, c'est une opération des plus sérieuses, qui ne devrait être entreprise qu'avec le sentiment de la responsabilité assumée, car, nul ne le conteste, la vie du sujet est pratiquement entre les mains de celui à qui incombe le devoir de l'administration de l'anesthésique.

Les observations que j'ai à rapporter sont au nombre de 396. 102 patients furent chloroformisés et les 294 autres furent anesthésiés par le mélange de deux parties d'éther et une partie de chloroforme.

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

C'est spécialement, les résultats obtenus au moyen de cette dernière méthode, méthode mixte, que je désire vous présenter.

Pour les 102 chloroformisés, l'anesthésie ne s'est pas prolongée au delà d'une heure. Pour six cas d'ablation de ganglions tuberculeux du cou, et cinq autres pour opérations dans la bouche où naso-pharynx, l'anesthésie fut d'abord obtenue au moyen du mélange, (méthode mixte) puis continuée au moyen du chloroforme administré par le nez au moyen du tube de l'appareil de Yunkers.

Les sujets chloroformisés étaient tous jeunes ; pas un seul n'était au-dessus de 19 ans, exception faite cependant pour les cas cités plus haut où l'appareil de Yunkers fut employé et pour quelques cas d'avulsion de dents.

Dans 14-7 0/0 de ces cas, pendant ou après l'administration de l'anesthésique, on donna au malade des injections hypodermiques de sulfate de strychnine à des doses variant de 1/90 à 1/25 grain, ou encore du whisky. Dans 5 cas examinés et par les chirurgiens et l'administrateur de l'anesthésique, il existait une lésion cardiaque bien caractérisée sans que pour cela l'anesthésique donné, avec prudence, cela s'entend, produisit aucun incident sérieux.

Le mélange fut administré pour tous les cas de grande chirurgie : Hystérectomies abdominales et vaginales, ovariectomies, amputations de seins, hernies, appendicites, ventrofixation, obstructions intestinales, tumeurs du corps thyroïde, périméorrhaphies, colporrhaphies, etc. Dans 16-60/0 de ces cas, la strychnine ou le whisky fut administré hypodermiquement. Le nombre de malades chez qui on dut employer un stimulant a été beaucoup plus restreint proportion gardée, avec le mélange, et ce pourcentage de 16.6 0/0 est d'autant plus en faveur du mélange, qu'il ne faut pas oublier que les opérés endormis par le mélange ont subi des interventions beaucoup plus sérieuses que ceux chloroform-

misés, de durée beaucoup plus longue et que de plus, règle générale, les patients étaient plus vieux, à vitalité considérablement affaiblie par une longue maladie chronique, ou des hémorragies successives.

La quantité du mélange employée pour chaque opération a varié de 2 à 6 onces.

9 de ces malades présentaient des troubles cardiaques très marqués et cependant l'anesthésie ne donna aucune alerte.

Dans 16 cas, 6 avec le chloroforme, et 10 avec le mélange, nous avons eu des craintes sérieuses dû au shock ; faiblesse du pouls, transpiration froide, pâleur et finalement arrêt de la respiration.

Ce que nous tenons à mettre en vedette c'est que dans tous les cas où nous avons craint pour le patient, il y a toujours eu comme premier signe de la faiblesse cardiaque, et même en plaçant le doigt sur la radiale, la temporale, nous pouvions dire invariablement par la baisse rapide de la pression artérielle que la respiration était sur le point de s'arrêter. C'est-à-dire que contrairement à une opinion courante c'était le cœur qui avait tendance à s'arrêter le premier et non la respiration.

Je me permettrai de citer deux observations entre autres où ce fait a été absolument démontré :

1° Un homme dans la force de l'âge devait être opéré à l'Hôtel-Dieu de Québec pour un cancer du maxillaire inférieur qui avait envahi les parties molles de la bouche et la lèvre inférieure.

L'anesthésie fut d'abord commencée au moyen du mélange puis continuée par l'administration du chloroforme pur par le nez avec l'appareil de Yunkers. Le chirurgien était prêt à commencer l'opération, le malade respirait normalement quand soudain il devint livide et couvert d'une transpiration froide ; l'administration de l'anesthésique fut immédiatement ar-

rêtée, le pouls s'affaiblissait et finalement, le cœur cessa de battre, ceci était suivi d'un arrêt complet de la respiration qui a résisté à tous les moyens ordinaires de rappel ; respiration artificielle, injection hypodermique de whisky et de strychnine, inhalations de nitrite d'Amyle. Alors le chirurgien plongea un marteau dans l'eau bouillante et l'appliqua sur la région précordiale, ce qui, en produisant une réulsion énergique ranima le malade.

Le deuxième cas ressemble au premier et le même mélange a été employé. C'était un cas de glaucome aigu de cause traumatique qui datait de trois mois. Dans l'intervalle entre la traumatisme et l'opération d'énucléation il a absorbé de grandes quantités de morphine allant jusque quatre grains par jour. Lors de l'opération son cœur était faible.

Pendant le sommeil anesthésique, le pouls, de 74 qu'il était avant l'opération tomba subitement à 18 par minute, de plus il était très irrégulier. L'anesthésique est enlevé de suite et peu après la respiration cesse complètement.

La respiration artificielle a été employée pendant 20 minutes et de plus une injection de sulfate de strychnine à 1/20 a été donné, le pouls s'est remonté à 36 par minute, et alors l'opération fut complétée sans autre incident.

#### MODE D'ADMINISTRATION

On se sert de l'appareil de Clover sans sac pour l'administration de ce " mélange ". A peu près deux onces sont versées dans l'appareil, et l'anesthésie se produit en tournant petit à petit le réservoir commençant à 0 et se rendant jusqu'au mot " full ". Le malade étant anesthésié on pourra diminuer la quantité de l'anesthésique en tournant le réservoir jusque l'indicateur marque 3 ou même 2½, ce qui indique que le malade respire 2½ parties du " mélange " et 1½ partie d'air pur. Il

faudra apporter une attention particulière au pouls et à la respiration.

En observant la circulation capillaire de la face, et de l'oreille il est facile de remarquer le moindre signe " shock " ou d'hémorrhagie. L'état de la pupille doit aussi être remarqué attentivement et en particulier le réflexe lumineux. Ici je voudrais protester énergiquement contre la pratique qu'ont certains médecins d'appliquer un doigt, souvent sale, dans l'œil afin de noter le degré d'anesthésie. Un tel procédé est brutale et non scientifique, de plus il produit presque sûrement une conjonctivite qui est loin d'être agréable au malade.

Dans les cas que je rapporte les méthodes de ressuscitation employées furent.

1 ° Placer le malade dans une position inclinée tête plus bas que les pieds. (Position de Trendelenburg).

2 ° Injection hypodermique de strychnine et de whisky.

3 ° Injections rectales de sérum artificiel et de whisky.

4 ° Injections intra-veineuses de sérum artificiel, vesicatoires à la région précordiale.

5 ° Respiration artificielle, inhalations d'ammoniaque, de nitrite d'Amyle, flagellation avec serviettes mouillées, tractions rythmées de la langue.

Dans un cas seulement nous étions obligé de suspendre l'administration : c'était dans un cas de cancer du maxillaire inférieur et des tissus du plancher de la bouche et aussi de la lèvre inférieure.

Dans trois cas le chloroforme a été substitué au "mélange", un de ces cas était un alcoolique.

Les désavantages qu'offre ce "mélange" et la méthode d'administration qu'il comporte ne consistent pas dans les complications de Bronchites et de Pneumonies. La seule objection valable, c'est que chez un sujet alcoolique l'anesthésie est souvent

incomplète, et il faut dans ces cas recourir au chloroforme pur.

Ce mélange est contre indiqué chez les enfants et les personnes souffrant d'affections rénales ou pulmonaires.

Il est bon de remarquer ici que dans l'administration de ce mélange, l'éther s'évaporisant plus vite que le chloroforme il arrive un moment, où l'appareil ne contient que du chloroforme pur et alors le malade se trouve à respirer ce dernier sans accès d'air ce qui est très dangereux pour le malade. En rapport avec cette dernière objection, je citerai un paragraphe d'un article publié dans le "Lancet" par le Dr W. J. McCardie, sur l'administration du mélange en question.

" Au point de vue pratique cette difficulté d'administration n'existe pas autant que j'ai pu en juger en pratique. Le pouls et la respiration ne changent pas avec ce "mélange" ni au commencement ni à la fin si on a soin d'employer l'appareil de Clover pour l'administration. Le Dr Hewitt dans son ouvrage sur les anesthésiques dit à propos du mélange A. C. E. (alcool 1, chloroforme 2, éther 3,) que l'éther qu'il contient ne présente certainement pas cette tendance à s'évaporer rapidement dont on l'a accusé."

#### AVANTAGE DU MÉLANGE C. E. ET MÉTHODE D'ADMINISTRATION.

1<sup>o</sup> Les statistiques de l'anesthésie chloroformique, donnent une mortalité de 1 dans 2039, l'éther 1 dans 5090, et ce mélange 1 dans 7594, et le Dr W. J. McCardie dit que d'après ses statistiques personnelles, il n'y a qu'un cas de mort causée directement par l'anesthésique dans au delà de 14,000 cas.

Voici les statistiques de l'Hôtel-Dieu de Québec, sur les différents anesthésiques employés depuis le mois de mars, 1899, une période de 3 ans et 4 mois.

Cas anesthésiés	115::
Par le mélange C. E.	842
Par le chloroforme pur	319

Dans ma courte expérience personnelle de 8 ans (y compris les 3 ans et 4 mois mentionné plus haut,) et j'ai assisté à à peu près 2,500 opérations je n'ai constaté qu'un cas de mort dû à l'action de l'anesthésique, dans ce cas il s'agissait de chloroforme pur.

2° L'appareil de Clover est préférable au masque ordinairement employé pour l'égouttement du chloroforme pur. La quantité d'anesthésique administré doit être proportionnée à la longueur de l'opération, et doit varier suivant les individus, les constitutions et l'état générale du malade.

3° L'administration du " mélange " ne donne rarement lieu à cette période d'excitation que produit l'éther seul, les malades s'endorment doucement, tandis que le pouls et la respiration se maintiennent mieux que pendant l'anesthésie chloroformique.

4° Dans mes expériences, j'ai remarqué que les malades atteints de maladie de cœur dormaient plus facilement avec ce mélange qu'avec tout autre mode, et dans quelques cas même après de sérieuses opérations le pouls et la tension vasculaire étaient plus satisfaisants qu'avant l'intervention.

5° Je ne connais pas de résultats désagréables subseqüemment à l'administration de ce mélange.

En terminant ce travail je désire remercier particulièrement les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu pour l'aide qu'il m'ont fourni dans la préparation de cet article, de même que M. l'Interne de l'Hôtel-Dieu à qui je suis redevable des statistiques concernant l'administration des anesthésiques depuis mars 1899.

## ÉRYSIPIÈLE DE LA FACE

---

(TRAITEMENT)

---

Par le Dr. F. D. DESCARREAUX, St. Augustin, Co. Portneuf.

---

Tous vous avez rencontré dans votre clientèle des cas d'érysipèle de la face, le plus souvent à forme bénigne, mais quelquefois aussi malgré tous les antiseptiques et médicaments employés vous avez eu des résultats peu satisfaisants.

C'est donc une question de pratique courante que je ne prétend pas traiter à fond mais sur laquelle je veux simplement émettre mon opinion et chacun de vous en exprimant librement la sienne pourra contribuer à l'éclaircir.

Vous me pardonnerez sans doute si je ne dis pas un mot tant sur l'étiologie que sur la pathologie et les symptômes de l'érysipèle car tous vous les connaissez et j'en arrive au traitement.

Pour ce qui est du traitement prophylactique, il est unique puisque c'est l'antisepsie, aussi pour éviter la contagion doit-on faire l'isolement et une désinfection complète. On aura soin de panser les moindres écorchures ou ulcérations de la peau, car il faut se rappeler que le streptocoque toujours en quête de victimes s'attaque de préférence aux tissus avariés, antisepsie buccale à l'eau boricquée.

· Au début on peut prescrire un lavatif salin (seidlitz) le repos et le régime lacté. Un grand nombre de *médications internes* ont été préconisées autrefois, tel que potion d'aconite, tisanes à décoction de chiendent, tisanes acides, limonades au citron, pilules nitro-camphrées de Velpeau.

Aujourd'hui on emploie guère que la quinine et les antithermiques, alcool, opium, et les bains froids. Trousseau préconise sagement l'expectation bornée à quelques lavatifs.

Reclus prétend que l'érysipèle de la face n'est pas un érysipèle médical, mais tout comme un érysipèle chirurgical dû à une infection locale stéptococcique, et si nous en concluons par là, le traitement local sera seul efficace.

La cautérisation périphérique au nitrate d'argent ainsi que les vésications ne sont guère applicables aujourd'hui. La circonscription au collodion iodoformé et le badigeonnage à la teinture d'iode réunissent quelquefois entre autre chez les jeunes sujets. Les compresses imbibées d'une solution de sublimé de 1/2000 à 1/5000 ainsi que les compresses de térébentine phéniquée à 5 p. c. les onguents mercuriels, poudre d'amidon, pommades au sulfate de fer, les compresses trempées dans l'infusion de fleur de sureau boriqué sont des traitements assez souvent employés.

Moynac conseille les pulvérisations chaudes d'une solution aqueuse de sublimé au 1/1000 sur la région malade. Quelques uns ont employés les injections ou pulvérisations de la liqueur Van-Swieten ainsi que les compresses imbibées de solutions de créoline ou d'ichthyol à 30 pour cent.

Ce sont là des traitements locaux qui ne sont pas toujours d'un facile emploi sur un nez à la Cyrano, aussi le traitement par le sérum suivant moi leur est-il de beaucoup supérieur tant au point de vue de l'application que de l'efficacité. Et d'ailleurs je pourrais citer les statistiques de maints praticiens pour prouver la puissance du sérum de Marmoreck.

Dans l'érysipèle il s'agit de couper les vivres à l'agent infectant qui est le streptocoque et de le faire mourir sur place et nous ne pouvons obtenir ce résultat que grâce au sérum de Mar.

Sitôt ou peu après l'injection, la température baisse et le pouls diminue de fréquence. Les douleurs de tête cessent et

souvent même survient une transpiration abondante puis la guérison s'opère en peu de temps.

Vous aurez sans doute q. q. f. des insuccès parce que le streptocoque est de tous les microbes celui qui offre le plus de variétés ayant chacune des propriétés particulières. Les doses trop faibles, un mauvais terrain, l'insuffisance rénale, des tares constitutionnelles sont souvent cause d'insuccès. Si le malade est déjà intoxiqué au moment où nous l'injectons, l'effet curatif du sérum est nul tout aussi bien que dans la diphtérie lorsqu'on emploie le traitement au 4ème ou 5ème jour.

J'ai moi-même employé ce traitement dans un cas qui durait déjà depuis 4 jours et semblait revêche au traitement antiseptique local et 4 heures après une injection de 10 cc. (enfant de 13 ans) ma malade était guérie.

Suivant moi c'est là le traitement de choix de l'érysipèle et si le succès ne répond pas toujours à nos espérances nous aurons au moins la satisfaction de pouvoir nous dire que nous avons lutté avec des moyens rationnels.

(Ce serait avec plaisir que j'écouterais mes confrères émettre leurs opinion et nous dire le mode de traitement qui leur a donné le plus de succès.)



#### LE SANMETTO DANS LES AFFECTIONS DE LA VESSIE ET DE LA GLANDE PROSTATIQUE.

J'ai ordonné fréquemment le SANMETTO cette année et je suis bien contents des résultats obtenus dans les affections de la vessie et de la glande prostatique. Cette préparation semble être douée d'effets remarquables.

St. Louis, Mo.

DR. H. L. NIETERT,  
Diplomé en —, etc

## LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC

Par WILLIAM FITCH CHENEY, de San Francisco, Cal.

Le cancer de l'estomac n'est pas une maladie rare, et la plupart des autorités admettent qu'il devient de plus en plus fréquent. Il est reconnu qu'il n'y a pas de traitement médical. La chirurgie seule offre de l'espoir et ne promet une guérison permanente que si la maladie est reconnue de bonne heure ; tout dépend donc du diagnostic précoce.

On y arrive par trois voies : (1) l'histoire clinique ; (2) l'examen physique de l'abdomen ; et (3) l'examen du contenu de l'estomac après un repas d'épreuve.

*L'histoire clinique* comprend : 1<sup>o</sup> l'histoire de famille. L'hérédité a une influence faible mais incontestable dans cette maladie, cependant on y attachera pas trop d'importance. Dans l'histoire personnelle, l'âge est le point le plus important. Dans les  $\frac{3}{4}$  des cas, la maladie se montre entre 40 et 70 ans, plus souvent entre 50 et 60 ans, mais la proportion entre 30 et 40 ans est considérable, et même entre 20 et 30 ans elle n'est pas rare. Le sexe et l'occupation ont peu d'importance ; les antécédents du malade sont généralement bons.

L'histoire de la maladie est le plus souvent caractéristique et seule, permet souvent de faire le diagnostic. La maladie s'annonce ordinairement par une dyspepsie persistente, une sensation de plénitude et de malaise à l'estomac, anorexie et éructations. Cet état peut durer des semaines avant que les symptômes principaux apparaissent. La douleur est le premier symptôme ; elle est sourde, brûlante ou rongearite, rarement lancinante comme dans l'ulcère, diffuse et étendue à l'épigastre non

localisée à un point particulier, elle ne dépend pas des repas quoique souvent aggravée par eux ; plus ou moins continue avec des exacerbations, mais jamais avec les paroxysmes gastralgiques qui accompagnent l'ulcère ; elle ne diminue pas par le vomissement, ni par la vacuité de l'estomac.

Le deuxième symptôme diagnostique est le vomissement qui ne se montre qu'après que la dyspepsie initiale a persisté plusieurs semaines. Au début il n'est pas très fréquent et ne se produit qu'après l'ingestion de certains aliments e. gr. la viande, il dévient plus fréquent jusqu'à ce que le malade vomit plusieurs fois par jour. Sa fréquence dépend du siège de la tumeur ; il peut manquer si la tumeur est sur la paroi, mais il existe toujours quand le cancer est au pylore. Au début ce sont des vomissements alimentaires, plus tard, quand l'obstruction survient au pylore, il contient des aliments ingérés des heures et des jours avant ; le malade vomit plus qu'il ne prend, l'odeur des matières vomies est mauvaise et la couleur est d'un brun foncé ou chocolat.

Le troisième symptôme est l'hématémèse. Le sang vomé dans le cancer est rarement en grande quantité ; c'est le plus souvent un léger suintement, qui n'étant pas rejeté immédiatement reste jusqu'à ce qu'il soit digéré et alors est vomé sous forme d'un liquide noirâtre " marc de café ". Ceci se répète très souvent et c'est un symptôme tout à fait caractéristique du cancer.

Le quatrième symptôme diagnostique est *la tumeur*, " la bosse dans l'estomac " qui n'est que trop souvent découvert par le malade avant de consulter le médecin. On la rencontre dans les  $\frac{2}{3}$  des cas ; l'absence du symptôme tumeur a peu d'importance, car elle peut être placée de manière à ne pouvoir être découverte.

Le cinquième symptôme est, au contraire, d'une importance capitale pour le diagnostic, c'est l'amaigrissement et la faiblesse. D'une manière générale l'amaigrissement est précoce, rapide et marqué. Une affection gastrique qui a duré longtemps mais qui n'a pas entraîné d'amaigrissement ni de l'asthénie n'est probablement pas cancéreuse. Si tous les symptômes décrits étaient toujours présents, le diagnostic serait comparativement facile mais il n'en est pas généralement de la sorte ainsi il faudra d'autres signes pour confirmer le diagnostic du cancer, que l'histoire clinique nous aura fait soupçonner.

L'examen physique est la deuxième voie d'arriver à un diagnostic.

On cherche deux choses ; 1<sup>o</sup> Une tumeur, 2<sup>o</sup>. Un estomac dilaté. La tumeur est quelque fois visible à l'inspection à l'épigastre, ou plus souvent dans l'hypochondre, et quelquefois aussi bas que l'ombilic ; le plus souvent, elle est mobile avec la respiration et ceci est plus remarquable quand le malade fait une inspiration profonde. Si elle n'est pas visible, elle peut être palpable. La palpation sera plus facile pendant une grande inspiration.

Son volume est très variable ; ordinairement arrondie ou allongée en " boudin " ; elle peut être mobile ou fixée par des adhérences ; ordinairement elle est sensible au toucher ; enfin elle peut être trouvée à un examen et non à un autre, à cause d'un changement dans les rapports des parties environnantes.

L'absence d'une tumeur n'est pas une preuve qu'il n'y a pas de cancer, car il y a des parties de l'estomac inaccessibles à la palpation, ainsi, le Cardiac le Fond, la petite courbure, et une grande partie de la paroi antérieure sont couverte par le Foie et les côtes et ce n'est qu'exceptionnellement quand l'estomac est dilaté, qu'on pourra sentir une tumeur dans ces parties ; il en est ainsi de la paroi postérieure qui est si profondément placée

qu'on n'y peut sentir une tumeur, que si elle est d'un volume considérable. D'ailleurs au début la tumeur est petite, et difficilement sentie à travers la paroi. Une sensation vague de résistance et d'épaississement est souvent tout ce qu'on peut découvrir, même quand les symptômes sont caractéristiques.

Le deuxième symptôme cherché est la dilatation stomacale. Les signes de cette condition décelable à l'inspection sont une proéminence anormale de la partie supérieure de l'abdomen, et la présence des mouvements peristaltiques dans la paroi hypertrophiée de l'estomac, mouvements se propageants de gauche à droite. S'ils ne sont pas encore perceptibles, il est facile de les provoquer en frappant la paroi avec une serviette mouillée.

À la palpation, le signe de dilatation est le clapotement ; mais ceci ne signifie dilatation, que quand on le perçoit plusieurs heures après les repas, et pendant plusieurs jours de suite.

La dilatation n'est pas tant une preuve de l'existence d'un cancer que du siège du néoplasme ; par ce qu'elle se présente comme conséquence d'une obstruction pylorique.

Comme la grande majorité des cancers gastriques sont situés au pylore, et tôt ou tard amènent l'obstruction de cette orifice, la découverte de la dilatation est d'une grande importance dans ces cas ; mais son absence n'élimine pas le cancer, par ce qu'il arrive souvent que le néoplasme se trouve situé de manière à ne pas obstruer le pylore, tandis que sa présence peut dépendre d'autres causes que le cancer. La distension de l'estomac est un aide important dans l'examen de cette organe, dans les cas douteux. On administre à cet effet, un drachme chaque, de Bicarbonate de soude et d'acide tartique, en solution séparément. Cette distention en poussant l'estomac en bas fait découvrir une tumeur qu'on aurait pas pu atteindre avant, et fait saisir ses rapports avec l'estomac. Elle indique aussi les limites de l'es-

tomac si la paroi abdominale est mince, et nous permet de voir plus facilement les mouvements peristaltiques, et de découvrir par la percussion la grande courbure de l'estomac. Ce procédé n'est contrindiqué que dans le cas d'un hémorrhagie considérable ou d'un néoplasme très étendu.

La troisième méthode de recherche du cancer est l'examen du contenu de l'estomac. Le repas d'épreuve ordinairement employé est celui d'Ewald, pain rôti et de l'eau retiré après une heure. S'il y a dilatation la quantité retirée est plus considérable que celle ingérée au repas d'épreuve, et elle contient des substances alimentaires ingérées plusieurs heures et même plusieurs jours avant, signe le plus certain de dilatation et stase.

Les matières retirées peuvent être tellement décomposées qu'on ne peut avoir aucune idée de l'état de la sécrétion stomacale ; dans un cas comme celui-là on fait un lavage la veille et on donne le repas d'épreuve le matin à jeun. Dans les matières retirées il y a trois signes à rechercher.

1° L'absence ou une diminution considérable de l'acide chlorhydrique libre, due à la destruction des glandes qui le secrète, par le néoplasme, et aussi à la gastrite chronique qui l'accompagne. L'acide chlorhydrique est absent dans la grande majorité des cas de cancer de l'estomac. et cette absence est permanente ; mais il peut bien être absent aussi dans la gastrite chronique sans cancer. De l'autre côté l'acide peut être présent dans le cancer de l'estomac, si le néoplasme est placé dans un endroit où il n'y a pas de l'acide normalement secrété, ou si la gastrite concomitante est limitée ou encore si le cancer s'est développé sur un vieil ulcère caractérisé par l'hyperchlorhydrie.

Le deuxième signe fourni par l'analyse est l'absence des ferments gastriques, la Pepsine et le Reunine, ce qui démontre une destruction profonde des glandes.

Le troisième signe est la présence d'acide lactique. Cet acide se développe dans l'estomac par la fermentation des hydrocarbures et sa présence indique une fermentation due à la stase.

Suivant Hemmeter trois conditions sont essentielles à la formation de l'acide lactique.

1<sup>o</sup> Défaut de motilité ; 2<sup>o</sup> Absence ou diminution considérable d'acide chlorhydrique ; et 3<sup>o</sup> Une diminution considérable des ferments. Dans l'évolution de la maladie c'est la sécrétion de H Cl qui est d'abord affectée par la destruction des cellules qui sécrètent cet acide ; puis la formation des ferments s'altère et la digestion de l'albumine est défectueuse ; et en troisième lieu il y aura fermentation lactique s'il y a stase. Sa présence n'est pas pathognomonique du cancer, par ce qu'il peut survenir dans la dilatation produite par une sténose pylorique due à toute autre cause. Mais il est rarement absent dans le cancer gastrique, et peut être absent quand la motilité est entravée par le néoplasme, sans qu'il y ait de stase. Par l'examen microscopique du contenu de l'estomac on pourra trouver le Bacille d'Oppler-Boas. Ce bacille peut être vu dans le sédiment sans aucune préparation, ou après coloration par le Bleu de Méthylène. C'est un bacille très long, immobile renflé à une extrémité ressemblant à un " baseball bat ". On le rencontre en grande quantité, dans presque tous les cas de cancer gastrique, et n'a jamais été retrouvé jusqu'à présent dans aucune autre maladie. Sa présence dans l'estomac est aujourd'hui considérée comme un signe diagnostique important, sinon pathognomonique. Plusieurs autres maladies ressemblent au cancer, il faudra les éliminer avant de faire le diagnostique. On y arrive plus facilement en divisant les cas de cancer en deux catégories ; (1) quand il y a une tumeur, et (2) ; quand il n'y en a pas. Quand on a trouvé une tumeur, il faut répondre à deux questions : (1) Est-elle dans l'estomac et (2), si elle est dans l'esto-

mac, est-elle maligne. Pour répondre à la première il faut se guider sur l'histoire clinique, la présence de la dilatation, la découverte du bacille d'Oppler-Boas, l'analyse du contenu de l'estomac après un repas d'épreuve, et le rapport de la tumeur avec l'estomac, démontré par la distention artificielle. Il faut aussi examiner les autres organes, le Foie, le Colon, le Pancréas, et le Rein. Il est généralement facile de constater qu'une tumeur du Foie fait partie de cette organe et ne peut en être séparée ; le Foie est souvent hypertrophié et bosselé, il y a souvent de l'ictère ; et l'analyse du contenu stomacale est négatif, à moins que l'affection hépatique ne soit secondaire à un cancer de l'estomac. Une tumeur du colon à moins d'être fixée par des adhérences descend plus bas qu'une tumeur de l'estomac ; la distension artificielle de l'estomac démontre que la tumeur n'est pas dans cet organe, tandis que la dilatation artificielle du colon par le rectum démontre que la tumeur appartient à l'intestin : les symptômes sont ceux d'obstruction intestinale, et les mouvements péristaltiques s'ils sont visibles vont de droite à gauche, direction opposée à ceux de l'estomac ; enfin l'analyse du contenu de l'estomac est négatif, à moins que cette organe ne soit aussi atteint de la maladie.

Une tumeur du Pancréas est immobile pendant la respiration et est profondément placée, et le cancer de cette organe produit trois symptômes diagnostiques : glycosurie, selles graisseuses, et ictère, aucun de ces symptômes n'est présent dans le cancer de l'estomac non compliqué. Finalement une tumeur rénale altère souvent l'urine et ne produit aucun symptôme du côté de l'estomac.

Ayant décidé que la tumeur est située dans l'estomac, il faut se demander ; est-ce une tumeur maligne ? Trop souvent la réponse est dans l'affirmative. La tumeur peut être due à un ulcère qui en se cicatrisant a causé un épaissement des tissus ;

ou à une sténose hypertrophique du pylore causée par une gastrite chronique ; ou à un corps étranger telle qu'une masse de cheveux. Mais ces possibilités sont rares et les manifestations constitutionnelles de malignité, l'amaigrissement, la faiblesse, la cachexie, avec les signes fournis par l'analyse du contenu de l'estomac indiquent clairement la nature du néoplasme. Si on ne trouve pas une tumeur le diagnostic est plus difficile. Dans ce cas, les symptômes peuvent être principalement gastriques.

Dans le premier cas, avec l'amaigrissement, la faiblesse, la cachexie, la première question qui se présente c'est de savoir si l'anémie pernicieuse ne pourrait pas être la cause. Pour cela il faut examiner le sang. Dans le cancer le sang présente les caractères d'une anémie secondaire ; les globules rouges sont diminués en nombres, sont pâles, déformés, ils se colorent irrégulièrement et l'hémoglobine est au-dessous de 60 0/0. Mais dans l'anémie pernicieuse la diminution des globules est plus considérable, de sorte qu'ils sont rarement plus d'un million et on trouve des globules nucléées de différentes grandeurs. Le repas d'épreuve donne une analyse caractéristique dans le cancer et non dans l'anémie pernicieuse. Enfin quoique l'asthénie et la cachexie soient marqués dans l'anémie pernicieuse et que le malade soit condamné au lit par la faiblesse, l'amaigrissement est peu considérable, même quand les symptômes ont duré longtemps, ce fait milite toujours contre l'idée d'un cancer de l'estomac. A part l'anémie pernicieuse, la seule autre maladie qui doit être éliminée comme cause possible des symptômes constitutionnels est la maladie de Bright qui produit dans quelques cas un état de marasme semblable. L'analyse de l'urine, la découverte de l'albumine et des cylindres règlent la question ; car dans le cancer de l'estomac tandis que l'urine est souvent très colorée et présente une gravité spécifique élevée, contient un dépôt considérable d'urates, elle ne contient ni albumine ni cylindres, à

moins que le cas ne soit compliqué de néphrite.

Quand les symptômes sont surtout gastriques, sans tumeur —le cas le plus fréquent—Avons-nous affaire à une des maladies organiques de l'estomac qui ne causent pas une tumeur, c'est-à-dire un ulcère ou une gastrite chronique? ou est-elle une névrose purement fonctionnelle? ou encore, est-ce un cancer au début? Les points sur lesquels il faut se baser pour faire le diagnostic sont l'histoire clinique, l'analyse répétée du contenu de l'estomac après des repas d'épreuves, et la recherche du bacille d'Oppler-Boas; de plus il faut prendre en considération l'âge du malade, ses antécédents héréditaires et les effets d'un traitement rationnel.

Le caractère de la douleur, du vomissement et de l'hémorragie dans le Cancer est différent de ce qu'il est dans d'autres maladies de l'estomac; tôt ou tard l'amaigrissement est inévitable, l'analyse du contenu de l'estomac est pathognomonique quand les conditions caractéristiques sont présentes après des examens répétés; et le bacille d'Oppler-Boas doit être considéré d'une grande valeur dans le diagnostic.

Dans certains cas quand on n'a pas trouvé de tumeur et qu'on reste dans le doute on doit recommander une incision exploratrice.

Une opération ne pouvant offrir des chances de guérison que quand elle est faite au début de la maladie, un diagnostic précoce est absolument nécessaire. Donc il est de notre devoir dans les cas douteux de ne pas attendre mais de recommander une incision exploratrice. Comme dit Hemmeter: "avec des symptômes de gastrite chronique et l'absence d'acide chlorhydrique, amaigrissement et cachexie rapide, il ne faut pas donner plus d'un mois au traitement médical, mais recommander une opération exploratrice. Quand devons-nous recommander cette opération pour le cancer gastrique? Cela dépend des cas. (1)

Quand la tumeur est grosse l'opération est inutile et ne doit pas être conseillée.

Dans un cas comme celui-là, c'est la gastrectomie totale qu'il faudrait faire, et les succès qui suivent cette opération sont encore trop rares pour nous permettre de la recommander. La plupart des sujets meurent sur la table ou dans les jours qui suivent l'opération. La Gastroentérostomie peut être conseillée si le malade est exposé à mourir d'inanition par obstruction pylorique. (2) Quand une petite tumeur pylorique est trouvée, on fait la pylorectomie. Mais même ici, il faut savoir que 50% des cas meurent de l'opération, et des autres, la grande majorité meurt d'une récurrence de l'affection dans les deux années qui suivent. (3) Quand on ne trouve pas de tumeur, le cas est le plus favorable pour la chirurgie, et une guérison est possible.

D'après Reen la présence des symptômes suivants justifient une opération. 1° Dilatation démontrée par la présence d'aliments dans l'estomac le matin à jeun ; 2° La cachexie ; 3° Absence permanente de H Cl ; 4° Excès d'acide lactique ; 5° La présence du bacille d'Oppler-Boas ; 6° L'âge au dessus de 40 ans ; 7° Hématémèse. Fenwick du London Hospital, dit : "La présence de gastrite chronique sans cause appréciable chez une personne au-dessus de 50 ans doit toujours être regardée comme suspecte, si l'état du malade n'est pas amélioré par un traitement rationnel pendant un mois."

La responsabilité du médecin est considérable car c'est lui qui doit décider de la présence ou de l'absence du cancer gastrique, et qui doit envoyer le malade au chirurgien en temps.

J. D.

## ANALYSE

---

### MÉDECINE JOURNALIÈRE

---

#### LES MALADIES AU POINT DE VUE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES.

---

Le troisième *Congrès International des médecins de Compagnies d'Assurances* vient de se tenir à Paris, du 25 au 28 mai. Nous avons sous la main le volume qui réunit les mémoires exposés au Congrès. La plupart sont excellents et ce nous est un devoir bien agréable d'en reporter le principal honneur au secrétaire général : M. le Dr Armand Siredey, dont l'initiative et le zèle ont fait beaucoup pour la réussite du Congrès.

Le praticien trouvera à glaner dans ce volume quantité de documents propres à l'éclairer quand il y aura doute. Faut-il ou non assurer un goutteux ? On pourra les assurer, dit M. Lereboullet, s'ils sont âgés de plus de 35 ans, s'ils ne présentent aucune lésion viscérale et surtout si leur hygiène est bonne. On leur imposera une surprime, s'ils sont jeunes ou s'ils présentent déjà des lésions articulaires persistantes. Le refus atteindra la maladie caractérisée par des accidents graves, des lésions vasculaires ou rénales.

M. le Dr Gross de (Leipzig) a eu à s'occuper du rhumatisme articulaire. On assurera sans crainte les sujets qui n'ont eu qu'un accès de rhumatisme articulaire aigu, et ne souffrant d'aucune lésion cardiaque. La maladie a-t-elle déjà récidivé ? On attendra deux ou trois années après la récidive ; à ce moment, on pourra faire l'assurance, le contrat étant entouré de conditions plus sévères. Même division pour les asthmatiques. Selon notre éminent collaborateur, M. Hirtz, les sujets jeunes, au-dessous de 35 à 40 ans, pourront être assurés si leurs accès ont été rares et ne dépendent pas d'une tuberculose pulmonaire latente. Les asthmatiques ayant dépassé 45 ans, obèses, artérioscléreux, gout-

teux, ou emphysémateux seront rejetés sans hésitation. Quant à l'emphysémateux, M. Hirtz applique à son assurance les données que ce maître a exposées dans une récente clinique (*Journal des Praticiens* n° 19). On devra tenir pour mauvais les emphysémateux dont les sommets accusent une tonalité élevée, une résistance au doigt manifeste à la percussion, et dont l'état général est médiocre. La mensuration du périmètre thoracique donne-t-elle moins de 5 centimètres de différence dans l'inspiration et l'expiration forcée, le risque est inadmissible. Mêmes conclusions dans les cas où l'état du cœur et des artères n'est pas normal.

Convient-il d'assurer un malade qui a eu jadis une pleurésie? Voilà une question qui peut embarrasser. Le praticien devra opérer des distinctions. M. Bourcy estime que les pleurésies survenues à titre d'épiphénomènes ou de complications au cours d'une maladie qui n'est pas la tuberculose, peuvent être acceptés à condition que la guérison soit complète et remonte à un temps suffisant. Les mêmes réserves sont applicables aux pleurésies purulentes. Le sujet a-t-il complètement guéri, même au prix d'une intervention chirurgicale, on le pourra assurer. Quant à la pleurésie essenrielle a frigore qui est souvent d'origine tuberculeuse, la prudence exige le plus souvent un ajournement à terme variable mais toujours relativement éloigné.

La tuberculose des os et des articulations, au dire de l'auteur du rapport, M. Poels, ne constitue pas une contre indication absolue. Ces maladies pourraient être admises; avant de s'y décider, le praticien devrait posséder des renseignements plus précis sur la longévité de ces malades et la durée de la guérison opératoire, si le chirurgien est intervenu.

Doit-on assurer une femme enceinte? Rien ne presse; on peut attendre. L'assurance doit être ajournée jusqu'après la délivrance (L. Tissier). Peut-on admettre les candidats au-dessus de cinquante ans? Certainement (Vander Heide); seulement un examen minutieux de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre est indiqué. Au surplus on interrogera le candidat sur les troubles fonctionnels qu'il peut présenter, trouble de la miction, de la défécation, étourdissements, étouffements.

Viennent ensuite la lithiase biliaire et rénale, l'obésité. Les crises fréquentes de coliques hépatiques commandent le refus de l'assurance ; une crise ancienne peut autoriser l'assurance si depuis qu'elle s'est produite aucune ébauche de crise nouvelle ne lui a succédé (Garrigues) ; le petit nombre de crise, en cas d'intervention chirurgicale le délai écoulé régleront la conduite du praticien dans la lithiase rénale. Une crise unique, un laps de temps suffisant permettront l'assurance. Dans le cas de néphrotome simple, avec ou sans lithotomie, l'admission pourra être faite comme risque taré léger (B. Gillet). Quant à l'obésité, aucun jugement ne peut être porté d'une manière générale ; on se décidera d'après les cas particuliers, l'histoire personnelle passée du malade et celle de sa famille. Les proposants chez qui l'obésité est due à l'ingestion continue d'alcool en petites quantités ne devront pas être acceptés. (Rupert Norton).

Restent les rétrécissements de l'urèthre et les déviations de colonne vertébrale. D'après M. Paul Guillon, ils ne doivent pas en général être un obstacle. Les rétrécissements traumatiques peuvent être refusés s'il n'ont pas été opérés. En cas de complications (abcès urinaires, infiltration d'urine, fistules, etc.) on attendra la guérison de celle-ci avant de se prononcer. Pour ce qui est des déviations de la colonne vertébrale, on comprend que le dos rond, la simple lordose, la scoliose légère sont acceptables sans conditions. La spondylite ankylosante (inflammation ankylosante de la colonne vertébrale, les graves cyphoses avec arthrite déformante, les rhumatismes chroniques doivent être refusés.

Les renseignements que nous venons d'exposer montrent tout l'intérêt des questions traitées et combien il était important de posséder, pour certaines d'entre elles, des règles fixes de jugement.

(V)

## CHIRURGIE JOURNALIÈRE

## TRAITEMENT DES ÉCRASEMENTS DE DOIGTS

Les écrasements de doigts ne compromettent pas en général la vie du blessé. Ils doivent leur importance surtout à l'incapacité de travail dont ils sont souvent la cause.

Éviter au malade les accidents infectieux, phlegmons de la main, et surtout tétanos, et lui conserver une main sinon esthétique du moins utilisable, tel est le double but que doit se proposer le chirurgien en traitant un écrasement de doigts.

Quels que soient le degré et le siège des lésions, sa conduite sera toujours à peu près la même. Au moment où l'accident s'est produit, il lui est à peu près impossible de juger la gravité des lésions. Telle phalange pourra lui sembler perdue parce qu'il croira l'os voué à la nécrose, alors qu'en réalité l'os est simplement fracturé et que les fragments sont encore capables de se souder; et inversement une phalange semblera peu atteinte alors que l'os et les téguments sont voués à la nécrose.

C'est pourquoi, dans les premiers jours qui suivent l'accident, le chirurgien devra bien se garder de faire aucune opération sur les doigts écrasés. Il se bornera uniquement à désinfecter la plaie pour prévenir les accidents septiques. Ce ne sera que le troisième ou quatrième jour que l'état des parties blessées lui montrera ce qui peut être conservé et ce qui est irrémédiablement perdu. D'où la nécessité de considérer dans le traitement des écrasements des doigts : le traitement immédiat et le traitement consécutif.

*Traitement immédiat.*—Pour éviter les suppurations, qui aggraveront l'accident, il faut toujours faire la désinfection soigneuse de toute la main blessée. Cette désinfection comporte dans tous les cas, un grand bain de la main et ne l'avant-bras. On peut user de bain de sublimé; mais on se trouvera également bien d'un bain d'eau bouillie chaude. L'important est de broser soigneusement avec de l'eau savonneuse toute l'extrémité du membre jusqu'au niveau des plaies. On la lave ensuite avec de l'alcool et de l'éther versé en abondance, mais sans

craindre de faire couler ces liquides sur les surfaces cruentées. Il s'agit maintenant de débarrasser les plaies de tous les corps étrangers qui les souillent inévitablement. Un filet d'eau versé d'une certaine hauteur entraînera d'abord mécaniquement les saletés adhérentes. Cette première toilette sera complétée par un nettoyage avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée d'eau oxygénée. Enfin, avec la pince et les ciseaux, on enlèvera les esquilles, les lambeaux de peau ou de tissu cellulaire flottants. On passe alors au chlorure de zinc (solution au 1/10), toutes les surfaces cruentées ; on réunit au crin toutes les plaies que l'on juge susceptibles de guérir, en se montrant à ce moment toujours optimiste, Il ne faut faire aucune amputation ni aucune résection ; des parties qui ne semblaient 'jamais pouvoir se réparer arrivent à reprendre. La main est simplement mise dans de la gaze stérile et légèrement comprimée dans de l'ouate. En cas de plaie infectée par de la terre ou du fumier, faire une injection de sérum-antitétanique de 10 cc.

La preuve des réparations incroyables qui peuvent suivre une mutilation du doigt nous est fournie par l'histoire suivante que nous relate le Dr H. Secrétan (*Revue Médic. de la Suisse Romande* 20 juin 1903). Une ouvrière de fabrique se présente chez lui, le 17 décembre à 10 h. du matin, avec une plaie du médius gauche. L'extrémité du doigt avait été amputée nettement par la machine à couper au niveau de la racine de l'ongle. Pendant que M. Secrétan examinait la plaie, la blessée sortit de sa poche le bout du doigt amputé enveloppé dans un journal. L'accident avait eu lieu une heure auparavant. Le bout amputé avait passé, pendant cette heure, de la poussière du plancher dans une poche de vêtement par une matinée d'hiver ; il avait subi le contact prolongé d'un papier malpropre. Sur les désirs de la jeune fille, M. Secrétan tenta la greffe avec les précautions aseptiques habituelles. Immersé dans un bain d'eau bouillie tiède, le bout fut fixé par trois points de suture : un fil profond dans la pulpe, deux fils latéraux postérieurs très superficiels. La greffe réussit parfaitement. Il ne se forma qu'un petit point de nécrose superficiel au niveau du fil profond ; il n'y eut pas trace de séquestre osseux. La plaie circulaire guérit par première inten-

tion en dix jours ; on continua les bains pour favoriser l'élimination spontanée du derme nécrosé. Après avoir présenté les premiers jours une couleur violacée suspecte, la greffe se colota graduellement, surtout après la desquamation de l'épiderme. La petite partie nécrosée fournit une croûte qui tomba spontanément au bout de cinq semaines. Ce succès semble le premier par la longueur du temps (une heure) qui a séparé l'accident de la suture.

*Traitement consécutif.* — Si le malade fait de la fièvre on enlèvera le pansement sans attendre. Si, au contraire, la température reste normale, on laissera le pansement en place deux ou trois jours. C'est alors que l'on peut apprécier la vitalité des parties blessées et juger du parti le meilleur qu'on pourra en tirer. Les parties rouges et bien vascularisées seront respectées. Les parties à teinte livide et légèrement noirâtre seront enlevées et l'on désarticulera ou amputera au plus près. C'est surtout pour l'index et le ponce qu'il s'agit de faire les amputations les plus parcimonieuses. On sait, en effet, que même un moignon de ponce permet des mouvements d'opposition qui rendent encore la main fort utilisable.

Il n'y a cette loi de chirurgie conservatrice que deux exceptions, pour le médus et l'annulaire. Lorsque l'amputation totale d'un de ces deux doigts est indiquée, il faut faire non-seulement cette amputation, mais encore la résection de la tête du métacarpien correspondant. Si l'on ne résèque pas cette tête, le doigt chef de file est trop éloigné des autres et la main perd de sa force. Si, au contraire, elle est enlevée, les métacarpiens voisins se rapprochent, ainsi que les doigts correspondants, et la main gagne beaucoup en homogénéité et en vigueur.

P.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

(Séance du 27 Juin 1903).

*De la méthode oxygénée dans les infections chirurgicales.  
principalement dans les arthrites suppurées  
du genou.*

M. Thiriart. — J'ai eu l'occasion de signaler déjà les services que me rend chaque jour le gaz oxygène dans le traitement de toute une série d'affections chirurgicales inflammatoires (*Voir Semaine Médicale*, 1899, p. 406). C'est ainsi que l'injection d'oxygène dans les tissus et autour des tissus de l'anthrax et de furoncle, sous forme de véritable emphysème gazeux, donne des résultats très rapides, en enrayant l'infection et ses conséquences. Dans les phlegmons diffus, les abcès froids, la septicémie gazeuse, les pleurésies suppurées même, l'oxygène se montre également très puissant.

Je désire vous parler aujourd'hui de l'action de ce gaz dans les arthrites suppurées du genou, qui entraînent si souvent la perte de l'articulation et même celle du membre. Dans 3 cas d'arthrite suppurée grave, j'ai appliqué la méthode suivante : ouverture de l'articulation, lavage à l'eau oxygénée, placement de deux tubes à drainage dont l'un sort par l'enveloppe caoutchoutée qui ferme le pansement aseptique, passage de gaz oxygène de façon continue dans le système au moyen d'une bonbonne d'oxygène dont on règle le débit sous pression. Chez ces malades, j'ai vu en vingt-quatre heures la suppuration se tarir, être remplacée par de la sérosité de plus en plus pauvre en microorganismes infectieux (staphylocoques dorés, gonocoques, streptocoques) et tous les phénomènes généraux et locaux s'amender infiniment plus vite que par les autres méthodes.

J'attribue la rapidité d'action de l'oxygène sur l'élément infectieux et sur les processus de réparation non seulement au pouvoir micro-bicide direct de ce gaz, mais surtout à son action excitante sur les moyens naturels de défense de l'organisme, la phagocytose, la formation des substances utiles, les anticorps, etc.

Il ne s'oppose pas en tout cas, comme le font les méthodes antiseptiques habituellement employées, à la mise en œuvre des moyens propres à l'organisme. X.

---

### TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES PAR LE RADIUM.

---

Dans la séance du 26 juin de la Société Impéριο-Royale des médecins de Vienne, M. Alfred Exner a présenté un malade qui était atteint de plusieurs métastases cutanées développées à la suite de l'extirpation d'un sarcome du bras gauche. Une capsule contenant du radium fut fixée pendant dix à vingt-cinq minutes sur quelques-unes de ces tumeurs. Quelque temps après on vit apparaître une dermatite au niveau des parties exposées aux rayons du radium et au bout d'une quinzaine de jours les tumeurs ainsi traitées avaient disparu.

Un second patient, montré également par l'orateur, avait déjà été opéré 3 fois d'un épithélioma de la commissure labiale droite, quand il fut traité par le radium ; au bout de six séances d'une durée de quinze minutes chacune, l'induration disparut et l'ulcère se cicatrisa.

M. G. Holz knecht dit avoir constaté les bons effets des rayons du radium chez 4 malades atteints respectivement de psoriasis généralisés, de lupus de la face, d'épithélioma et de téléangiectasies. X.

---

### LE SANMETTO DANS LES ÉTATS INFLAMMATOIRES DES ORGANES GÉNITAUX ET DANS L'INCONTINENCE.

J'ai prescrit le SANMETTO dans plusieurs cas dans ces dernières années. D'après mes expériences, ce médicament est une préparation supérieure pour combattre les états inflammatoires des organes génitaux et l'incontinence consécutive à une irritation de la vessie ou de l'urèthre.

St. Louis, Mo.

DR. PHIL. SCHOLZ,

Diplomé en 1889.

## SYPHILIGRAPHIE

## LE TRAITEMENT LOCAL DE LA SYPHILIS

Au congrès du Caire, M. le Dr Bouchard avait parlé du traitement local du rhumatisme articulaire. Avant lui, Vulpian avait déjà employé la salicylate de soude en injections articulaires. La communication de M. Bouchard a donc moins eu pour résultat de faire pénétrer des notions neuves que de rafraîchir le souvenir de celles qui avaient déjà cours. Il existe un traitement local des maladies infectieuses : le calomel est utile par voie gastrique comme traitement local de la fièvre typhoïde, les frictions mercurielles font avorter les pustules varioliques, les tuberculides ; les infections cutanées : staphylococcies et streptococcies sont justifiables d'un traitement local, les diverses préparations mercurielles peuvent être fort utiles en applications locales dans nombre de manifestations de la syphilis. C'est ce dernier sujet, du traitement local de la syphilis, que M. Hallopeau vient de traiter avec une haute compétence. *Le traitement local des maladies infectieuses et de la syphilis*, Oct Doin, édit., 1903)). Tout syphilome, dit le Maître de Saint-Louis, doit être traité localement par les agents spécifiques chaque fois qu'il leur est accessible. C'est pourquoi et bien que l'extirpation du chancre induré n'empêche pas la maladie d'évoluer, il convient de pratiquer soit l'ablation du chancre quand elle peut se faire dans des conditions favorables (chancre du fourreau) soit la cautérisation par des caustiques spécifiques tels que le nitrate acide de mercure après cocaïnisation. On ne s'étonnera pas de voir M. Hallopeau prôner cette méthode que d'autres avaient rejetée. Sa conduite trouve son explication dans l'observation d'un fait assez répandu. Volontiers les syphilités voisines de l'accident primitif présentent un caractère de gravité plus grand que les autres. En sorte qu'il semble légitime de conclure que la virulence de l'agent spécifique atteint son maximum au niveau de l'accident primitif ; d'où la nécessité de réduire la virulence de cet accident primitif. Faute d'ablation ou de cautérisation énergique, méthodes que la pusillanimité des malades ne permet pas

toujours d'employer, on usera donc au moins de moyens qui, s'ils ne détruisent pas aussi bien, atténuent au moins la virulence : ce sont les toniques mercuriels, pommade au calomel et, de préférence, solution de sublimé au cinq millième en application permanente.

Aussi bien que l'accident primitif, les syphilomes secondaires se trouvent bien du traitement local. Les inhalations de vapeurs de cinabre et de calomel qui semblent n'avoir plus qu'un intérêt historique, pourraient rendre des services dans certains cas de syphilomes des cavités faciales ; les frictions mercurielles, dans les cas de syphilomes localisés, ont donné maints succès. On sait que les oculistes prescrivent les frictions sur les tempes dans les cas d'altération de la conjonctive ou de la cornée. A ces frictions employées contre les syphilides circonscrites ou non, on peut associer le pétrissage conseillé par MM. Mauriac et Balzer.

Comme préparations insolubles, on a encore utilisé les pommades au calomel, au turbith, à l'oxyde jaune. M. Hallopeau préfère une préparation soluble, et celle-ci est le sublimé. Prescrit à faibles doses, en solution au cinq millième, il ne produit pas les effets irritants que lui attribuait M. le Pr Fournier. Au surplus, dans plusieurs communications à la Société de Dermatologie, M. Hallopeau a établi que les ulcères syphilitiques traités par cette solution à 1/5000 guérissent notablement plus vite que ceux pour lesquels on emploie des antiseptiques sans action spécifique. Le remède est actif, non irritant, une double condition de succès se trouve réalisée. La solution est employée en compresses et en bains locaux. On peut la remplacer par l'empîâtre rouge de Vidal lorsque les ulcérations sont superficielles.

Quand au nitrate acide de mercure, il ne réussit pas seulement dans le traitement du chancre. Les néoplasies spécifiques de la bouche sont rapidement amendées par lui et il est aisé de calmer la douleur qui suit l'application du caustique par un badigeonnage préalable de cocaïne. De même les syphilides de la plante des pieds. En raison de la grande épaisseur de l'épiderme dans cette région, elles ne peuvent subir l'action des

pommades non plus que des solutions actives. L'action profonde du nitrate acide de mercure peut aider à en annihiler la spécificité.

X.

---

 FORMULAIRE DU PRATICIEN
 

---

## L'HYPERHIDROSE LOCALE

Quand l'hyperhidrose est généralisée, il appartient au praticien d'intervenir avec prudence. Il traitera surtout la maladie causale (tuberculose, neuroarthritisme, anémie, maladies fébriles) Les remèdes prescrits contre les sueurs elles-mêmes—agaric, atropine, ergotine, acide camphorique, tellurate de soude, sauge — ne conviendront guère qu'aux sueurs des phtisiques. On s'en abstiendra totalement dans les sueurs des pyrexies. Le traitement local est moins employé dans l'hyperhidrose générale. Il ne prend toute son importance que dans l'hyperhidrose locale. *Limitée aux pieds, aux mains, aux aisselles, elle réclame une médication énergique.* Des bains locaux froids parfumés à l'aide de divers vinaigres aromatiques, ou composés d'une eau astringente (feuilles de noyer avec 10 gr. d'alun) seront répétés fréquemment. Les bains de formol, de permanganate, arriveront très rapidement à faire disparaître les sueurs fétides des pieds (une cuillerée à soupe de la solution de formol du commerce dans 1 litre d'eau). Solution de permanganate à 0,25/1000.

Permanganate de potasse - - - 10 grammes

Eau distillée - - - 300 grammes

Une cuillerée à dessert par litre d'eau.

A la sortie, on fera une lotion avec le liquide suivant étendu de 1 à 2 fois son volume d'eau :

Naphtol - - - 5 parties

Glycérine - - - 10 parties

Alcool - - - 100 parties (Brocq)

Ou bien :

Thymol - - - 1 gramme

Tanin - - - 5 grammes

Eau-de-vie camphrée - 200 grammes

Après la lotion, on sèchera avec soin, puis l'on saupoudrera avec des poudres de talc, d'amidon, de sous-nitrate de bismuth ou encore avec la poudre suivante qui est réglementaire dans l'armée allemande contre les sueurs fétides des pieds :

Acide salicylique	-	3 grammes
Amidon	- - -	10 —
Talc en poudre	- -	87 —

Ou bien :

Acide salicylique	-	3 grammes
Alun pulvérisé	-	} 44 grammes
Naphtol <i>b</i>	- . .	
Borate de soude	-	} 44 —
Amidon pulvérisé	-	
Talc pulvérisé	-	67 grammes (Brocq.)

Ou bien :

Coaltar	- - -	5 parties
Plâtre	- - -	100 — (Debout.)

Ou bien :

Sous-nitrate de Bismuth	15 grammes
Salicylate de soude	- 5 —

Usage externe.

L'intérieur des bas et des chaussettes sera saupoudré avec la même poudre.

Tous les 8 jours enfin, on pourra faire pénétrer entre les orteils quelques gouttes du liquide suivant.

Oxyde rouge de plomb	-	1 gramme
Sous-acétate de plomb liquide		29 grammes

Grâce à l'emploi de ces moyens combinés, les hyperhidroses locales les plus tenaces guériront rapidement.

C.



#### LES CREVASSES DU SEIN

Un des meilleurs moyens et des plus simples pour panser les crevasses du sein est de les couvrir de compresses d'eau boriquée. Celles-ci seront préparées à l'aide de quelques épaisseurs

de gaze stérilisée imbibées d'eau boriquée à 40/1000. Recouvertes de taffetas gommé et de coton, maintenues par une bande de flanelle, elles resteront en permanence sur le sein. Avant la tétée, on nettoie le mamelon avec un tampon de ouate aseptique imbibée d'eau bouillie. Après la tétée, nettoyage du mamelon et de l'aréole, à l'aide de coton sec, puis application du pansement boriqué. De tous les traitements c'est celui qui donne les meilleurs résultats.

Au lieu d'eau boriquée, on peut employer le sublimé (0,20 pour 1000), comme le faisait l'arnier. Des accidents d'hydrargyrisme, grâce à cette méthode, se peuvent produire chez la mère, l'eau boriquée est de maniement plus aisé.

Les crevasses sont-elles douloureuses, on les fait badigeonner cinq minutes avant les tétées avec un pinceau imbibé de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 20, puis on recouvre avec un petit disque de coton imbibé de la même solution. Au moment de mettre l'enfant au sein, on lave à l'eau bouillie, de façon à éviter l'intoxication du bébé par la cocaïne.

On peut encore employer la pommade suivante :

Menthol.....	} à 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne....	
Salol pulvérisé.....	2 grammes
Lanoline.....	} 25 —
Vaseline.....	

A appliquer un 1/4 d'heure avant les tétées. Au moment de la tétée, laver le mamelon avec soin à l'eau bouillie.

Le mélange suivant pourra aussi être employé :

Glycérine.....	} à 30 grammes
Liquueur de Van Swieten...	

(Lepage).

Appliquer au niveau du mamelon et de l'aréole, un petit rond de linge aseptique imbibé de ce mélange. Mieux vaut encore ne l'appliquer que 1/4 d'heure avant les tétées, le reste du temps étant rempli par les applications d'eau boriquée. Lavage naturellement indispensable avant les tétées.

La composition suivante nous a donné, employée de même, de nombreux succès :

Huiles amandes douces.....	} àâ 10 grammes
Teint. de benjoin.....	
Comme arabe.....	4 —
Stériliser et ajouter :	
Acide phénique.....	o gr. 25
A la clinique Baudelocque, M. Pinard utilise la mixtare :	
Glycérine.....	500 grammes
Alcool.....	50 —
Eau stérilisée.....	450 —
Biiodure de mercure.....	o gr 10
Iodure de potassium.....	Q S.

Ce dernier topique peut être considéré comme un bon prophylactique des lymphangites et des abcès du sein. Dans le même but, recommander également à la nourrice qu'elle ne touche pas son mamelon avant d'avoir pratiqué elle-même un nettoyage minutieux des mains et des ongles. Le mamelon saigne-t-il à chaque tétée ? Il convient temporairement de recourir à un bout de sein artificiel lequel, dans l'intervalle des tétées, est maintenu en permanence dans de l'eau boriquée — ou dans de l'eau de Vichy.

Z.

#### LE SANMETTO DANS L'IRRITATION VÉSICALE ET DANS LA PROSTATITE.

J'ajoute avec plaisir mon certificat aux centaines d'autres qui attestent les mérites du SANMETTO. Dès son début j'en ai fait un usage très étendu et dépourvu de tout échec dans tous les cas typiques.

Dans l'irritation vésicale chez l'homme et chez la femme il est d'une action parfaite. Je ne dirais pas que tout cas est guéri, mais s'il y avait un insuccès parmi mes malades, je pouvais toujours dépister une entrave mécanique ou une condition tuberculeuse. Dans le traitement de la prostatite je n'ai jamais vu un médicament comparable au SANMETTO.

Je l'ai pris moi-même avec un brillant succès. Je n'ai guère besoin de dire que je l'ordonnerai toujours partout où il est indiqué.

Madison, Ind.

DR. THOMAS W. FORSHEE,

Diplômé en 1854.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU COMTÉ DE PORTNEUF

---

Pont Rouge, 30 juin 1903.

La 12ième réunion des membres de cette Société a eu lieu le 15 juin, à la Pointe-aux-Trembles, chez M. le Dr A. Delisle.

La séance s'est ouverte à 11 h. a. m., sous la présidence de M. le Dr Rousseau.

Il n'y a pas eu de lecture du procès-verbal, le secrétaire M. le Dr G. Paquin, étant retenu chez lui par la maladie de son épouse, qui lui donnait ce jour-là un nouvel héritier.

Avant l'appel des ordres du jour, le Dr Thos. Savary fait remarquer que la Société a perdu depuis sa dernière réunion un de ses membres les plus actifs et les plus dévoués en la personne du Dr A. Weilbrenner, décédé presque subitement à Portneuf. Le Dr Weilbrenner était le type du gentilhomme courtois et poli dans toute l'acception du mot. Nous savons avec quel enthousiasme il accueillit le projet d'une société des médecins du comté de Portneuf. Elu président de notre société lors de sa fondation, il sut la présider avec impartialité et dignité. Aussi la proposition suivante est-elle adoptée à l'unanimité.

Proposé par le Dr Thos. Savary, secondé par le Dr J. E. Voisard, que les membres de cette société ont appris avec chagrin la mort du Dr A. Wilbrenner leur confrère et premier président.

Qu'une copie de cette résolution soit envoyée à sa famille, au " Bulletin Médical ", et aux journaux quotidiens de Québec le " Soleil " et " l'Événement ".

Le Dr Art. Delisle propose, secondé par le Dr Archambault, que le Dr Ant. Larue, maire de la paroisse de la Pointe-aux-Trembles. et préfet du comté de Portneuf, soit élu membre honoraire de cette société. Cette proposition est accueillie avec enthousiasme et votée unanimement.

La conférence fut donnée par le Dr Descarreaux de St-Augustin.

Le sujet choisi est le *Traitement de l'Erysipèle*. Le conférencier démontre d'abord la nature infectieuse de cette maladie et son origine microbienne. Puis il fait un résumé historique des divers traitements qui ont été employés pour la combattre. Parmi ces nombreuses médications il en est qui ne sont pas à dédaigner, mais elles ne constituent pas un traitement curatif de l'érysipèle.

Le traitement rationnel, celui qui enrayer la marche de l'érysipèle et qui le guérit, c'est le traitement par les injections de sérum anti streptococcique.

Dans l'érysipèle il s'agit de couper les vivres à l'agent infectant qui est le streptocoque et de le faire mourir sur place, et nous ne pouvons obtenir ce résultat que grâce au sérum anti-streptococcique mis en usage, ces dernières années, par Marmoreck.

Le conférencier entre ensuite dans des détails sur la manière d'employer le sérum et sur les effets qui suivent son injection. Sans doute il y a des insuccès, pouvant dépendre de doses trop faibles, d'un mauvais terrain, d'insuffisance rénale, etc, mais il n'en est pas moins acquis que, par ce traitement, la mortalité est diminuée, la durée de la maladie est fort abrégée, les souffrances sont atténuées, et les complications sont en partie évitées. La conférence du Dr Descarreaux qui est à la fois scientifique et littéraire mérite les félicitations unanimes de ses confrères.

A la demande du président, le conférencier devra faire publier son travail dans le " Bulletin Médical ".

D'autres questions de pratique générale sont ensuite discutées sous forme de conversations amicales, entre autres un cas très intéressant de tuberculose vésicale et rénale. dont le diagnostic n'a pu être fait que par l'examen bactériologique des urines qui a décelé la présence du bacille.

La question du tarif des accouchements vient encore sur le tapis. Tous les membres sont d'accord à dire que le tarif actuel, \$2.00 par accouchement, est ridicule. Il est impossible à l'accou-

cheur de donner à sa malade tous les soins qui nous sont enseignés par la science moderne, s'il n'est rémunéré d'une manière convenable. Vu l'absence de quelques membres, la question est renvoyée à la prochaine séance pour être réglée définitivement.

Proposé par le Dr A. Delisle, secondé par le Dr Dolbec, que le Dr G. Paquin soit le conférencier de la prochaine séance. Adopté.

La séance est close à 1 heure 30 minutes.

Cette réunion qui est une des plus belles que nous ayons encore eue, s'est terminée par un superbe banquet gracieusement offert par le Dr et madame A. Delisle. Il va sans dire que nous avons fait honneur aux mets succulents et savoureux qui composaient le menu. A 4 heures nous nous séparons, heureux encore une fois de notre joyeuse et pratique réunion, en nous disant au revoir, au mois de septembre aux Grondines, chez le Dr Archambault,

THOS. SAVARY, M. D.

Ass. Secrétaire.

—000—

### LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ ET L'INFLAMMATION DE LA VESSIE, DES VOIES URINAIRES ET DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES.

Quand mon attention fut attirée pour la première fois sur le SANMETTO j'en ai eu une bonne idée parce que les principes qui le composent le recommandent pour le traitement de l'irritabilité et de l'inflammation de la vessie, des voies urinaires, des troubles prostatiques et d'autres affections semblables. Le SANMETTO se présente dans un véhicule agréable et sous une façon élégante, uniforme et sure. Les expériences cliniques ont données raisons à ma première idée et justifiées les applications répétées que j'en ai faites.

St. Louis, Mo.

DR. I. N. LOVE,

Diplomé en 1872, etc.

## CIRCULAIRE

---

Reconnaissant l'importance de la statistique, au point de vue démographique sanitaire et social, les pays étrangers sont arrivés à donner à celle qui concerne la mortalité une perfection qui leur permet de la commenter d'après des bases certaines et d'en tirer des conclusions profitables au maintien ou à l'amélioration de la salubrité publique.

La principale cause de l'imperfection de la statistique mortuaire dans notre Province, c'est que les quatre-cinquièmes des certificats de décès sont signés par les ministres du culte. Nous obtenons bien par cette pratique le chiffre total des décès, mais nous n'obtenons que des renseignements très vagues et très inexacts sur les causes de la mortalité, dans plusieurs districts. En effet, pour en donner quelques exemples, un grand nombre de certificats portent comme causes de décès—"diarrhée," "mal de tête" "paralyse," "convulsions," "hydropisie," etc. Ce ne sont là évidemment que des symptômes; si dans les circonstances le médecin avait donné son certificat, il aurait certainement spécifié la cause de cette diarrhée, de ce mal de tête, de cette paralyse, de ces convulsions, de cette hydropisie etc, et nous aurions alors en mains des certificats plus exacts, portant comme causes de mort, dison :—tuberculose des intestins, méningite aiguë, hémorrhagie cérébrale, choléra infantum, mal de Bright etc. Avec le certificat médical nous pourrions donc dresser une statistique beaucoup plus scientifique, plus utile, et dont les données pourraient être comparées avec celles des autres pays. Une statistique ainsi faite servirait efficacement à diriger nos efforts contre les maladies évitables.

Nous avons cherché à obtenir des ministres du culte qui se conforment strictement à la loi, qui demande qu'un certificat signé par le médecin traitant (si le médecin a été appelé) leur soit

présenté avant de procéder à l'inhumation, et l'on nous a répondu que nombre de médecins négligent ou même refusent de donner des certificats de décès, malgré qu'ils y soient strictement tenus par la loi.

Nous avouons ne pas comprendre cette attitude d'un certain nombre des membres de la profession médicale. Ils savent pourtant bien qu'en ne donnant pas de certificat de décès ils empêchent les autorités sanitaires de connaître exactement le nombre de personnes, dans chaque municipalité, qui sont mortes sans qu'on ait appelé de médecin. Cette conduite nous semble être tout-à-fait contraire aux intérêts de la profession.

Comme exemple à l'appui de ce que nous disons, nous citons la ville de Montréal où l'on exige un certificat du médecin pour chaque inhumation et où, à défaut de production de ce certificat, la mort est considérée comme suspecte, ce qui donne lieu à une enquête par le bureau municipal d'hygiène, suivie quelquefois de l'intervention du Coroner lui même. Depuis que cette pratique existe, on remarque une grande diminution dans le chiffre des personnes qui meurent sans soins médicaux, et ce au bénéfice de la profession médicale.

La même chose arriverait à la campagne comme à la ville si les médecins le voulaient. En ne s'abstenant jamais de donner des certificats de décès, les médecins verraient se diriger sur leur bureau nombre de familles qui, jusqu'à présent s'en sont dispensé. parce qu'elles ont trouvé que leurs morts étaient inhumés aussi facilement quand bien même le médecin n'était pas appelé.

Ajoutons que MM. les ministres du culte trouveraient leur compte dans un pareil contrôle médical ; car il est arrivé déjà que quelques-uns d'entre eux ont, faute de ce contrôle, introduit des cadavres contagieux dans les églises et ont même inhumé sans le savoir, des enfants et même des adultes dont la cause de la mort aurait été certifiée " infanticide " " empoisonnement " etc si le médecin avait pu en contrôler la cause du décès comme cela a lieu dans les autres pays.

Comme nous sommes tous solidaires les uns les autres, et

que le corps médical a le devoir de coopérer pour une large part au bien-être général, nous prions MM. les médecins de nous aider dans notre tâche, en donnant à l'avenir un certificat pour chaque personne décédée qu'il a été appelé à traiter.

Votre obéissant serviteur,

PAUL E. PRÉVOST,

*Compilateur de la Statistique.*

— 000 —

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

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

R

Huile santal, 3ij

Sanmetto g. s. ad 3iv

mix.

Sig.

Un drachme toutes les 4 heures.

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

WYATT C. HATCHEN, M. D.

Brunswick, Georgie.

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

---

## LE BUREAU DE MÉDECINE

---

### LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES ET LA LICENCE INTERPROVINCIALE

---

Nous assistons à une véritable Renaissance, dans notre jeune pays, depuis quelques années, au point de vue de la culture scientifique et du relèvement du niveau de nos organisations professionnelles.

Nous sommes heureux de constater que la profession médicale de notre province française n'est pas restée en arrière dans cette marche en avant vers la conquête du savoir et de la haute éducation; et il ne serait que juste de dire qu'elle s'est tenue au premier rang, dans le travail des réformes qui permettront à ses nouveaux disciples d'acquérir la formation intellectuelle et toute la compétence que la science peut fournir à l'homme de l'art pour l'influence de son rôle social et pour le profit de l'humanité souffrante.

Tous ont été les témoins d'un réveil général de l'esprit du progrès scientifique ainsi que d'une louable émulation, parmi tous les praticiens, pour promouvoir les intérêts et le prestige de notre profession et non seulement dans les centres dotés des institutions de l'enseignement médical, mais, même, dans tous les districts ruraux où l'on compte un bon nombre de médecins distingués et zélés pour l'étude. Nous n'en voulons d'autre preuve que la fondation de nombreuses et florissantes sociétés médicales, dans la plupart de ces districts, durant ces dernières années.

Le Bureau de Médecine, qui constitue notre représentant officiel, n'a pas été étranger à ce mouvement de progrès. Pénétré du sentiment des responsabilités qui lui incombent dans la tâche de contrôler l'admission à l'étude et les licences à la pratique de la Médecine, il s'est fait le champion de réformes importantes, tant pour exiger les études préliminaires les plus propices à favoriser la haute formation intellectuelle que pour augmenter la

somme de connaissances pratiques nécessaires au jeune médecin licencié, pour l'accomplissement d'un rôle qui comporte de graves responsabilités. Et l'on doit dire qu'il a été une sentinelle avancée du relèvement du niveau de l'éducation, dans notre profession Médicale, au Canada, en imposant les programmes des études *classiques*, pour l'admission à l'étude de la Médecine.

Les deux dernières assemblées de ce Bureau, ont été les plus dignes d'intérêt, à ces divers points de vue; et elles ont donné preuve d'une sollicitude éclairée pour tous les sujets qui se rattachent à l'intérêt général et supérieur de notre profession.

Parmi les questions les plus d'actualité, qui occupèrent l'attention de nos gouverneurs, nous citerons les suivantes, pour en faire une revue critique: 1<sup>o</sup> l'augmentation de la durée du cours d'études médicales, en exigeant une *cinquième* année,—soit cinq années, avec sessions de neuf mois de cours, chacune; 2<sup>o</sup> l'obligation d'un cours complet ou classique pour tous les aspirants à l'étude de la médecine; 3<sup>o</sup> le projet d'une réciprocité inter-provinciale des licences à la pratique de la médecine, respectant l'autonomie des provinces en matière d'éducatons mais basée sur la détermination des programmes d'études les plus élevés; 4<sup>o</sup> enfin, comme encouragement à la fondation des sociétés médicales de district, le projet d'une aide substantielle pour mettre à la portée de tous les travailleurs organisés, les ressources d'une littérature médicale plus complète et plus variées ou leur permettre de payer les frais de conférences sur des matières spéciales, selon le desideratum que les intéressés feront connaître au Bureau.

Tels sont les sujets, de plus d'importance, qui ont été soumis à nos gouverneurs: ils ne pouvaient manquer d'être discutés sous tous leurs aspects. Rien de surprenant, cependant, s'ils n'ont pas été résolus à l'unanimité des délibérants. Il ne sera que juste de dire, d'un autre côté, que, l'attitude des membres du Bureau de Médecine, vis-à-vis de ces questions d'intérêt commun, a été la plus judicieuse, et la plus propre à leur mériter les éloges de la masse des Médecins de cette Province.

Quelques-unes d'entre elles n'ayant pas encore eu leur solution définitive, devront être être considérées de nouveau. Et comme il appartient à la presse médicale d'en faire d'avance la discussion, le Bulletin croit opportun de faire un retour sur l'oeuvre déjà accomplie par le Bureau de Médecine, pour s'arrêter à la considération des sujets qui restent encore à débattre; et aider ses lecteurs à se former une opinion saine et éclairée sur chacun d'eux.

Le premier sujet pris en considération, à l'assemblée de nos gouverneurs, en septembre dernier, fut une motion à l'effet d'étendre à *cinq années* la durée des études médicales pour la licence: chaque année devant comprendre des sessions de neuf mois de leçons théoriques et pratiques.

Cette réforme trouvait sa raison d'être dans l'expansion continue des sciences médicales et dans le développement de spécialités de plus en plus nombreuses et sur lesquelles le praticien général a besoin d'acquérir des connaissances techniques précises.

Ce cadre nouveau des études permettra de faire une part plus large, dans l'enseignement universitaire, aux études pratiques dans les laboratoires et dans les hôpitaux: c'était là un desideratum depuis longtemps senti. Aussi les gouverneurs du Bureau se sont-ils montrés unanimes pour sanctionner cette réforme, qui ouvrira une ère de progrès les plus marquants, pour la formation des jeunes médecins d'avenir.

La seconde question soumise à la discussion de l'assemblée fut le projet d'obliger tous les candidats à l'étude de la Médecine à présenter, pour l'examen d'admission, un certificat valable d'un cours d'étude *complet* ou *classique*.

Cette proposition, un peu rigoureuse à première vue, n'était pas moins de nature à établir les plus sûres garanties pour permettre le recrutement de notre profession médicale qu'avec des sujets de la meilleure formation intellectuelle.

Nous avons, d'ailleurs, l'exemple des Bureaux des avocats et des notaires qui, depuis quelques années, imposent cette condition aux aspirants à leur profession; et leur expérience acquise a justifié la réforme.

Le Collège des Médecins de cette Province n'a pas cru qu'il devait rester en arrière ni hésiter plus longtemps à établir cette condition la plus propre à relever le prestige et la dignité de notre profession.

La proposition fut combattue assez vivement, cependant, par nos confrères de langue anglaise, qui opposèrent comme argument à ce projet que les conditions imposées aux étudiants pour faire le cours d'études complet ou classique, dans les collèges anglais de cette province, sont beaucoup plus onéreuses que dans les collèges français; et qu'il serait injuste, à leur égard, par conséquent, qu'on adoptât une loi aussi rigoureuse, qui enlevera aux aspirants à l'étude de la Médecine la liberté de se préparer sur les programmes du cours classique, dans les conditions qui s'accrochent le mieux à leur position.

Nous nous plaisons à rappeler à nos lecteurs que la discussion de ce projet a été l'occasion de discours remarquables et reflétant le sens le plus élevé des problèmes de la haute éducation. Parmi ces discours nous citerons particulièrement celui de Mr le Président E. P. Lachapelle, et celui de notre très regretté collaborateur, le Dr A. Vallée, qui, de l'aveu de tous, a fait, dans cette circonstance, l'un des plaidoyers, les plus éloquents et les mieux élaborés sur cette importante question de l'utilité des études classiques: personne mieux que lui ne pouvait traiter à fond et avec un sens élevé un sujet aussi délicat puisqu'il était lui-même le plus bel exemple que l'on pouvait citer pour démontrer la prépondérance et le prestige que donnent à l'homme de l'art la culture littéraire unie à la culture scientifique.

Le but de cette réforme suggérée n'était pas seulement d'exiger des candidats les connaissances essentielles pour une bonne formation intellectuelle, tel qu'il convient à l'homme de profession destiné à jouer un rôle social prépondérant, mais aussi, d'établir un préservatif contre le système vicieux d'une éducation hâtive, par le gavage intellectuel, qui permet à une certaine classe d'aspirants à l'étude de se préparer sur les programmes de l'examen préliminaire en se confiant à la direction d'un professeur particulier, qui les surchauffe, selon l'expression consacrée. .... Malgré l'opposition très énergique de nos confrères anglais,

la motion imposant la condition d'un cours complet, pour tous les aspirants à l'étude de la médecine, fut adoptée à une assez forte majorité.

Nous regrettons d'avoir à rappeler, ici, que cette réforme, justifiable à plusieurs points de vue, et donnant justice égale à tous, dans l'ensemble, n'ait pas été mieux acceptée par nos concitoyens d'une autre origine ; et qu'ils aient cru devoir faire une agitation au dehors, dans la presse médicale et même politique, en attaquant le prestige du Bureau de Médecine et en dénouçant son action comme une provocation dirigée contre l'élément qu'ils représentaient.

Comme corollaire de cette mesure, M. le Dr Brophy donna avis d'une motion, à l'assemblée de juillet dernier, à l'effet que tous les candidats, qui, après un cours d'étude complet, auraient subi avec succès l'épreuve des deux baccalauréats, sur les lettres et les sciences, dans un collège classique, en conservant la moitié des points, fussent admis à l'étude de la Médecine, sans autre examen préliminaire, à l'égal des Bacheliers ès lettres, ès sciences ou ès arts.

Cette motion aurait surtout pour but, dans l'esprit de son auteur, d'encourager les futurs candidats à l'étude de la médecine à suivre un cours régulier, dans les collèges classiques : ce qui donne les meilleures garanties d'une formation solide et de connaissances mûries et approfondies, tandis que le système de préparation hâtive, sous la direction d'un maître particulier, sorte de gavage intellectuel, ne laisse que des connaissances superficielles, mal élaborées et qui échappent à l'esprit bien rapidement.

L'examen subi avec succès dans le concours des baccalauréats représente, de l'aveu de tous, une épreuve bien supérieure à celle des examens préliminaires de notre Bureau de Médecine, qui n'exige d'ailleurs que la moitié des points, également, pour accorder le brevet d'admission à l'étude.

Ce fait a été démontré de la manière la plus péremptoire, et avec les témoignages les plus compétents à l'appui, par le regretté Dr A. Vallée, dans le magnifique plaidoyer qu'il prononça en faveur de l'utilité d'un cours d'étude complet ou classique, à l'assemblée de septembre dernier.

Une telle motion, malgré les bonnes intentions de son auteur, ne pourra guère échapper au reproche, assez plausible à première vue, de tendre à rabaisser la valeur du brevet à l'admission ainsi que des titres de bacheliers, à part qu'elle permettra une entrée peut-être trop facile dans notre profession déjà encombrée.

En effet, en accordant à ceux qui dans les épreuves du baccalauréat manquent leurs titres de bacheliers et n'obtiennent que l'inscription avec la moitié des points, les mêmes privilèges qu'aux bacheliers, ne court-on pas le risque de rabaisser la valeur de ces derniers titres, qui témoignent non seulement d'un cours d'études complet ou classique, mais d'un succès marquant, du moins dans nos collèges français? Et la raison de l'encouragement à faire un cours régulier compense-t-elle l'objection que nous venons de mentionner, au point de vue du crédit devant l'opinion de nos collègues comme devant l'opinion publique? Voilà la question qui se posera nécessairement devant l'esprit de nos gouverneurs lorsqu'ils auront à discuter la motion de M. le Dr Brophy, à l'assemblée de septembre prochain.

Mais, à part que le Bureau de Médecine accorde lui-même le brevet d'admission à l'étude à tous les candidats qui ont obtenu la moitié des points, après des examens qui, selon le mot Dr A. Vallée, s'appuyant sur le témoignage d'hommes compétents, sont *trente fois* inférieurs aux examens des baccalauréats dans nos collèges, n'existe-t-il pas une autre raison en faveur de la motion du Dr Brophy, qui mérite de fixer l'attention des gouverneurs?

N'est-il pas vrai que dans certains collèges anglais (High Schools) avec un cours d'étude dont le programme n'est qu'un diminutif de celui des cours de nos collèges classiques, le diplôme de bachelier est obtenu même par les élèves qui n'obtiennent que la moitié des points ou même le tiers, dans les épreuves du baccalauréat; et de plus, que tous les élèves qui suivent ces cours en sortent Bacheliers, à peu d'exceptions près. Il en résulterait donc que les élèves de nos collèges français, qui suivent un cours d'études régulier, n'ont pas des avantages équivalents à ceux des élèves de plusieurs collèges anglais ou High Schools.

La motion de M. le Dr Brophy tendrait à faire disparaître cette inégalité et à établir les conditions d'une même justice pour

tous. Même à ce seul point de vue, elle mériterait encore d'être sérieusement discutée par les membres du Bureau de Médecine.

Car, enfin il ne faut pas se payer seulement de mots.

Si, réellement, les diplômes de bacheliers, tant de nos collèges classiques que des collèges anglais, ne représentent pas une valeur équivalente, au point de vue des épreuves et des conditions suivant lesquelles ils peuvent être obtenus, et que, cependant, ils donnent droit aux mêmes privilèges ; si, d'un autre côté, plusieurs de ces diplômes, qui donnent en franchise l'entrée de la profession, ne sont pas même l'équivalent, au point de vue du cours d'études et du nombre des points conservés dans les épreuves, de la simple inscription, obtenue avec la moitié des points dans les concours de nos collèges classiques, ne serait-il pas juste d'établir une compensation en faveur des nôtres, surtout si la modification apportée aux conditions existantes est en même temps la plus propre à encourager les étudiants à compléter régulièrement leurs cours d'études, dans un collège classique ?

D'ailleurs, il ne faut pas trop espérer de la première résolution adoptée par le Bureau de Médecine en septembre dernier.

En effet, cette résolution n'oblige pas directement les aspirants à l'étude, à suivre un cours complet et régulier dans un collège classique ; mais, simplement, de présenter un *certificat d'un cours d'études complet*, pour avoir le privilège d'être admis aux examens préliminaires du Bureau. D'où il suit que tout étudiant aura la même liberté que par le passé, de se mettre sous la direction d'un maître privé, qui le surchauffera pendant 1, 2 ou 3 ans sur les matières du cours classiques ou des programmes de l'examen préliminaire du Bureau de Médecine, et lui donnera, à la suite, le certificat exigé par ce Bureau. L'éducation, ainsi acquise, sera entachée du même vice du *gavage* intellectuel, dont le Dr A. Vallée stigmatisait les inconvénients et les résultats défectueux, dans son magistral discours sur l'utilité d'un cours complet et classique.

Et si l'on admet encore cette tolérance, ne serait-il pas juste d'établir un moyen terme, comme compensation envers ceux qui n'auront pas reculé devant les sacrifices pour suivre un cours régulier et classique dans une institution reconnue, et qu'ils

auront couronné en subissant avec un succès satisfaisant les épreuves des deux baccalauréats ?

Enfin, une troisième question fut le sujet des délibérations des Membres du Bureau de Médecine, à l'assemblée de septembre dernier, et donna lieu à l'un des débats le plus importants : ce fut la mise à l'ordre du jour du rapport du Comité de législation, chargé de surveiller le bill d'éducation qui devait être présenté à la Chambre fédérale par Mr le Dr. Roddick, doyen de l'Université McGill. C'était une occasion favorable pour les représentants officiels de la profession d'exprimer nettement leur opinion sur le principe et le mérite de ce projet de loi, qui passait déjà les esprits, depuis plus de deux ans, et avait suscité les plus grandes divergences d'opinion, dans notre province, surtout.

Ce projet, comme nos lecteurs le savent, avait pour but d'établir un Conseil Médical fédéral dont les attributs auraient été de déterminer les programmes pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine. en même temps que d'accorder ces licences qui permettraient aux porteurs de pratiquer leur art dans les différentes provinces du Dominion.

C'était là non seulement une question du plus haut intérêt pour notre profession, mais une question politique très grave, en même temps, puisqu'elle touchait à l'autonomie législative des provinces, en matière d'éducation.

La Chambre fédérale avait reconnu tout d'abord, que le bill de Mr le Dr Roddick empiétait sur les privilèges des provinces ; aussi n'avait-elle pas voulu lui accorder sa sanction sans stipuler qu'il ne pourrait être mis en force qu'après avoir été accepté par toutes les provinces.

La question était toute d'actualité pour les gouverneurs du Bureau de Médecine, vu que ce même bill était à la veille d'être soumis à la Législature de notre province pour en obtenir la sanction.

Une motion fut proposée par MM. les Drs Brochu et Baril qui, tout en appréciant le but du bill de Mr le Dr Roddick, tendait à en faire rejeter le principe comme dangereux, contraire aux privilèges de nos institutions et l'autonomie législative des

provinces en matières d'éducation. La même motion suggérait le projet d'une réciprocité interprovinciale des licences à la pratique de la Médecine, qui aurait surtout pour base les programmes d'études mais laisserait intacte l'autonomie législative des provinces.

C'était poser la question bien nettement sur le terrain des principes, sans provoquer la discussion sur le mérite des différentes clauses de la loi soumise à la Chambre fédérale.

Les proposeurs de la motion alléguèrent comme argument en sa faveur qu'elle concourait dans le même but que le bill du Dr. Roddick : celui de lever les barrières qui empêchent aujourd'hui un médecin licencié dans une province d'aller pratiquer librement dans l'une ou l'autre des provinces du Dominion.

Il leur semblait bien que s'il existait un moyen d'arriver au même but, tout en respectant les conditions politiques établies, c'était le devoir des gouverneurs du Bureau de Médecine de le choisir et de chercher, dans la suite, à en faire la plus judicieuse application.

Cet argument, ajoutait-on, ne pouvait manquer d'avoir sa grande valeur aux yeux de tous ceux qui ont une conviction ferme que les raisons qui ont déterminé le démembrement de notre jeune pays en provinces ayant leur régie autonome, d'après la Charte impériale de notre Confédération, relèvent d'un ordre supérieur ; et que la principale de ces raisons qui a fait réclamer cette autonomie pour la Province de Québec, surtout, a été précisément celle qui regarde la question de l'éducation.

A quelque point de vue qu'on l'envisage, on ne saurait s'empêcher de reconnaître que cette autonomie législative des provinces en matière d'éducation est l'une des pierres fondamentales de l'édifice de notre constitution politique actuelle ; et les membres d'un corps professionnel instruit, comme le Bureau de Médecine de cette Province, ne devaient pas être les premiers à permettre que l'on fasse brèche à cet édifice, sur un point aussi fondamental, de peur de l'ébranler dans son ensemble et de lui faire perdre les conditions de son équilibre normal.

Quant à la prétention émise par le promoteur du bill, dans son préambule, de travailler à élever la profession

médicale à son plus haut niveau et d'établir le meilleur critérium des études, Mr le Dr Brochu repliquait que ce double desideratum pourrait être aussi bien réalisé par chacun des Bureaux médicaux des provinces, s'ils ont à cœur l'avancement de leur profession et le relèvement des programmes d'études.

Ce n'était pas, dans tous les cas, l'introduction d'un élément politique, d'une influence toujours malsaine dans ces conditions, non plus que l'élimination systématique des professeurs des Universités, dans le Conseil fédéral, qui ajoutera une compétence spéciale à ce Conseil recrute d'ailleurs parmi les délégués des provinces.

Il serait bien possible d'ajouter sans aucune témérité, que la lacune que laissait soupçonner M. le Dr Roddick, pour justifier son projet, n'existe pas parmi nous. En effet, le système des études classiques, dans nos collèges français, est, le plus complet et le plus élevé qui existe dans aucune province. Et l'on peut dire également que le cours d'études médicales, d'une durée de cinq années, avec sessions de neuf mois de cours, tel qu'on venait de l'adopter ici dans la Province de Québec, n'avait pas d'égal, non plus, dans aucune autre province.

Les gouverneurs de ce Bureau pouvaient donc se rendre témoignage, avec une légitime fierté, qu'ils avaient fait leur part, plus que tous autres, pour élever le niveau de notre profession médicale et établir le plus haut criterium des connaissances pour les futurs médecins.

M. le Président E. P. Lachapelle crut devoir prendre la parole, en premier lieu, pour exprimer que la motion présentée ne lui paraissait pas avoir son opportunité, dans les circonstances, vu que le projet de loi Roddick venait de subir des modifications importantes, à la dernière session à Ottawa, et qu'il vaudrait mieux laisser aux gouverneurs, comme à tous les membres de la profession, le temps de bien étudier ce bill dans tous ses détails, afin de leur permettre de se former une opinion adéquate sur son mérite et de se prononcer en connaissance de cause sur son utilité.

Si ce projet de loi, qui se rattache à une question des plus importantes au point de vue de notre avenir, est bon dans son ensemble et dans son principe,—comme il était porté à le penser,

après avoir consulté les hommes de loi les plus compétents,—le Bureau de Médecine pourrait regretter de l'avoir rejeté, d'une manière hâtive. Si, au contraire, il était démontré, plus tard, après une étude plus approfondie, que son application expose à des inconvénients sérieux ou qu'elle devrait porter atteinte à nos privilèges, le Bureau restera toujours libre de lui refuser son adhésion.

Mr le Dr D. Brochu répliqua qu'il était surpris d'entendre Mr le Président énoncer que les membres du Bureau de Médecine et les médecins en général n'étaient pas encore en état d'avoir une opinion adéquate sur le mérite du bill du Dr Roddick. Il n'y avait pas, en effet, de question professionnelle qui ait été autant débattue dans la presse médicale ou politique et dans les sociétés médicales.

D'ailleurs, il s'agissait, ici, plutôt d'une question de principe. Ce n'était pas le temps opportun de discuter le projet proposé dans tous ses détails. Si le principe de cette législation est faux, contraire à l'esprit de la Charte constitutionnelle d'où découle la garantie de nos privilèges, ou dangereux pour les droits acquis de nos institutions, à quoi servirait-il de s'arrêter à discuter le mérite de chacune de ses clauses? Le Bureau était appelé en ce moment à exprimer catégoriquement son opinion sur le principe de ce bill afin de faire connaître le sentiment de la majorité des représentants officiels de notre profession et de prévenir, ainsi, auprès des députés de notre Législature provinciale, bientôt appelés à lui donner leur sanction, les malentendus et les intrigues par lesquels on avait cherché à le faire accepter sans discussion à la Chambre d'Ottawa. Nos législateurs aimeront sans doute à s'appuyer sur le sentiment de la majorité des représentants du Bureau de Médecine pour se guider dans leur action vis-à-vis de cette législation exceptionnelle.

La motion mise au vote fut adoptée par une majorité de 22 contre onze : les deux tiers des gouverneurs du Bureau refusant par là-même d'accepter, pour la province de Québec, le bill d'éducation de Mr le Dr Reddick, qui apparaissait, aux yeux du plus grand nombre, comme un rêve d'émancipation du groupe médical anglais de cette Province, et comme une mesure propre à faire brèche à notre autonomie législative et contraire aux

droits acquis de nos institutions.

Ce vote décisif, et d'une signification non équivoque de la part des gouverneurs du Bureau de Médecine, laissait facilement prévoir l'influence qu'il ne pouvait manquer d'avoir sur l'opinion des membres de notre Législature Provinciale.

La presse médicale anglaise, d'un autre côté, ne cacha pas son dépit : elle retorqua que le Bureau de Médecine manquait de vues larges et élevées, qu'il tendait à rester dans l'ornière, et qu'il se mettait sur un pied d'infériorité vis-à-vis des autres provinces : évidemment, qu'il restait encore beaucoup à apprendre à la plupart des membres de ce Bureau.

C'était là, en même temps, une tentative d'intimidation que l'on devait poursuivre systématiquement par différents procédés, pour changer le cours de l'opinion, gagner les timorés parmi nous, et arriver à faire adopter une mesure chère à ceux dont le rêve est la fusion des deux grandes races de ce pays, et, comme corollaire laprépondérance de l'élément anglais sur tous les points.

Mais les manifestations du dépit causés aux plus fervents adeptes du bill Roddick par le vote hostile du Bureau de Médecine, ne devaient pas rester limitées aux efforts faits pour jeter le discrédit sur ce Bureau, sans tenir compte du moyen suggéré pour en arriver au même but : le projet d'une licence interprovinciale basée sur une entente de réciprocité entre les provinces.

Dans l'espoir d'atténuer les effets de ce vote et d'arriver à intimider la masse des médecins ainsi que les membres de la Législature, on résolut de frapper un grand coup, qui devait avoir un effet décisif pour changer l'opinion. C'est alors que l'on vit entrer en scène une personnalité remarquable, " un savant doublé d'un philosophe " comme se plaisait à le proclamer notre confrère, L'Union Médicale de Montréal, en cherchant à tirer profit des théories ambiguës de ce grand penseur en faveur d'un projet que la plupart de ses collaborateurs ont toujours favorisé avec une discrétion de plus en plus diplomatique.

Tous nos lecteurs connaissent la conférence célèbre donnée devant "La Canada Medical Association" par M. le Prof. Osler qui occupe aujourd'hui une position importante comme chef

d'un service d'enseignement clinique, au John Hopkin's Hospital, chez nos voisins de la Grande République.

Le savant professeur avait voulu évidemment venir à la rescousse de son ancien collègue de Mc Gill, pour sauver son projet du naufrage qui le menaçait depuis les atteintes que lui avaient déjà portées nos sociétés médicales et le Bureau de Médecine de la province. Aussi s'efforça-t-il de mettre à son service tout son prestige personnel et toutes les ressources de son talent littéraire hors ligne.

Le sujet qu'il s'était choisi ne manquait pas d'une certaine originalité : le "Chauvinisme Médical." Le savant clinicien fit assaut de subtilités pour faire ressortir de l'ensemble de ses théories une justification du projet de centralisation du Dr Roddick tout en cherchant à intimider les timorés parmi les nôtres.

En effet, après avoir développé un ensemble d'idées, plus ou moins riches en esprit philosophique, sur le chauvinisme en général et en avoir précisé les différentes formes : le "chauvinisme declocher", le "nationalisme" et le "provincialisme"—le savant conférencier en arrivait à la conclusion que ceux qui se refusent à accepter un projet de loi, d'un sens aussi large et aussi élevé que le bill Roddick, ne peuvent être qu'entachés de chauvinisme ; il tâchait de démontrer, également, que ceux qui s'attachent à défendre le système suranné de provinces autonomes, sont atteints de la pire des formes de ce chauvinisme : le provincialisme.

Comme dernière conclusion il n'hésitait pas à affirmer que le seul remède qui pourrait faire disparaître toutes les formes de chauvinisme dans notre jeune pays et surtout la plus détestable — le provincialisme—serait l'acceptation du bill Roddick.

Et son enthousiasme s'échauffant au contact d'un auditoire qu'il tenait suspendu à ses lèvres, le savant professeur du John Hopkin's Hospital, qui n'avait pas dépouillé le sans gêne américain en traversant les frontières, n'a pas craint d'adresser en même temps une verte leçon au législateurs du Canada et des Etats-Unis, en déclarant emphatiquement que " le système de démembrement de ces deux pays en provinces autonomes, au point de vue de l'éducation, relevait de lois ridicules et constituait une condition dégradante et surannée " qui ne s'expliquait que par des idées étroites dérivant l'esprit de " chauvinisme " . Il ajoutait, de plus, comme corollaire, que les huit bureaux de médecine de nos provinces devraient bientôt disparaître. (1)

(1) Voir L'Union Médicale, traduction française.

Qué des théories aussi ambiguës et aussi agressives dans la bouche d'un savant qui posait en philosophe, ait pu soulever l'enthousiasme d'un auditoire qui y voyait la justification de ses visées ambitieuses : rien que de naturel. Mais, que de groupes importants se soient trouvés parmi nous qui se sont laissés prendre à un pareil truc, voilà ce qui ne pouvait manquer de produire l'étonnement.

Néanmoins nos lecteurs savent que cette tentative d'intimidation, malgré le grand effort oratoire de Mr le Prof Osler, n'a pas eu d'effets plus favorables sur l'opinion que toutes les autres tactiques mises en œuvre par les adeptes du fédéralisme.

Les membres de notre Législature provinciale n'en ont pas été ébranlés et la mise à l'ordre du jour du bill fédéral de Mr le Dr Roddick pour demander la sanction officielle a attiré à ses parais la plus humiliante des déconfitures.

Nos lecteurs savent, également, avec quelle hauteur de vue les orateurs les plus éminents des deux côtés de la Chambre ont envisagé cette question, en se plaçant sur le seul terrain des principes politiques et constitutionnels, qui sont la sauvegarde de notre autonomie provinciale et que l'on doit toujours faire planer au-dessus de tous les intérêts particuliers.

L'attitude de nos gouverneurs du Bureau de Médecine et de tous ceux qui avaient fait la lutte contre ce projet d'envahissement se trouvant ainsi corroboré de la manière la plus éclatante ; et rien ne pouvait mieux les dédommager des appréciations injurieuses qu'une presse arrogante guidée par des idées mesquines leur avait adressées.

Battus sur tous les points où l'on avait tenté de faire brèche à la constitution politique qui nous régit, il restait encore aux partisans avérés de la Licence fédérale en médecine un autre procédé d'intimidation : c'était de menacer la Province de Québec, réfractaire à toute concession de l'isoler, et de se passer d'elle ; puis, d'aller devant la Chambre Fédérale pour faire amender de nouveau le Bill Roddick afin d'obtenir qu'il eût son application sans le consentement de toutes les provinces : " Cela est tellement logique et juste, nous dit l'Union Médicale, que le gouvernement ne saurait refuser cette demande " ; et " alors il ne fera pas bon pour nos jeunes médecins d'aller se présenter devant le Bureau fédéral".

Cette nouvelle menace ne devra guère émouvoir les gouverneurs du Bureau de Médecine ni aucun des membres de notre profession.

Il suffira de faire connaître à nos lecteurs que les législatures des autres provinces ont été loin de se montrer empressées à donner leur adhésion au projet en question ; et la preuve que le terrain en est peu sûr c'est que ses partisans n'ont pas encore osé le soumettre à plus de la moitié des législatures.

Le cercle de fer dont on menace de nous entourer ne sera pas aussi enserré qu'on le pense à L'Union, toujours empressé à faire connaître à ses lecteurs " l'état d'âme de nos confrères anglais." Déjà en effet le Bureau de Médecine de la Nouvelle-Écosse a pris l'initiative, en avouant la banqueroute du bill Roddick, de demander au Bureau de nos Gouverneurs, en juillet dernier, une entente pour la réciprocité des licences entre les deux provinces. Nous savons aussi que d'autres provinces suivront bientôt le même exemple : cela devra suffire pour apaiser les appréhensions de notre confrère et des plus timorés.

Ceux d'entre nos amis qui ont entrevu quelque chose de désirable dans l'application du bill Roddick et qui, convaincus des avantages d'une licence interprovinciale pour la médecine, se sont montrés zélés jusqu'ici pour aplanir les difficultés et favoriser l'adoption, par les canadiens-français, d'une législation fédérale à cet effet, feraient mieux, croyons-nous, de s'unir aujourd'hui à la majorité pour travailler de concert à la réalisation du plan suggéré pour les représentants officiels de la profession : celui de la licence interprovinciale par le moyen d'une réciprocité conclue entre les provinces et non par l'établissement d'un Conseil fédéral, qui est contraire au sens de la Charte constitutionnelle qui nous régit et expose à faire perdre la garantie des droits et privilèges, pour chacune des provinces.

D'ailleurs, L'Union Médicale elle-même, dont les colonnes ont été ouvertes complaisamment à tous ceux qui se sont faits l'écho des récriminations et des tentatives de discrédit ou d'intimidation de nos confrères anglais envers ceux qui luttaient contre le bill Roddick, n'a pu s'empêcher de reconnaître en dernier lieu, avec la Société Médicale française de Montréal, elle-même, que ce bill tel qu'adopté et amendé par la Chambre fédérale n'était pas sans danger pour la minorité canadienne-française de cette province et pourrait nous mettre à la merci, dans l'avenir, d'une majorité hostile ou qui n'aurait peut-être pas toujours, les mêmes bonnes dispositions dont le promoteur du bill et ses adeptes nous avait donné la preuve jusqu'ici.

Cet aveu de notre confrère de Montréal au sujet du bill Roddick qu'il a longtemps cherché à nous faire accepter les yeux fermés, alors qu'il recélait les clauses les plus dangereuses

pour nos institutions, nous rappelle le souvenir de l'épopée du fameux cheval de Troie qui contenait, dans ses flancs, la ruine de Pergame, mais que le rusé Ulysse avait fini par faire accepter, par les naïfs troyens comme un présent des dieux, dans l'espoir de se rendre les destins favorables.

Mais, ici, nous étions instruits par l'histoire ; et quand ce nouveau cheval de bois nous a été présenté par le savant professeur de McGill, affublé de l'enseigne du pouvoir fédéral, il n'a pu franchir les murs de la vieille citadelle de Québec, boulevard de notre nationalité.

Pent-être a-t-il manqué à cette épopée un Ulysse canadien ? Ce n'est pas cependant que la ruse n'ait pas été mise à son service. Nous ne faisons pas d'allusion à M. le professeur Osler. Mais plusieurs conserveront l'idée que Mr le Dr Roddick a trouvé parmi nous des adeptes qui ne le cèdent en rien au véritable Ulysse, pour les ruses de guerre et l'ingéniosité des procédés.

Mais alors, c'est que les canadiens-français ont été beaucoup moins naïfs que les troyens. En effet, on a eu beau nous représenter que ce fameux bill était pournous comme un présent des dieux, qui devait nous relever aux yeux de toutes les nations ; Mr le Président E. P. Lachapelle, lui-même, a eu beau ajouter à l'influence de son prestige personnel l'argument que d'après l'opinion de tous les gens de loi qu'il avait consultés, le bill ne contenait rien que de bon et de favorable pour nos destins, le Bureau de Médecine n'a rien voulu croire et, devinant une ruse de guerre dans ce présent d'un nouveau genre, que nous offrait l'amitié de ceux qui à l'exemple des Grecs, devant Troie était à l'assaut de nos privilèges en matière d'éducation, depuis plus de dix ans, il a lancé d'une main ferme, un premier javelot, sur le flanc de l'engin suspect qui l'a ébranlé dans toute sa masse.

Puis est venu le tour de la Législature provinciale qui, inflexible aux mêmes arguments a lancé sur le flanc opposé du monstre un autre javelot encore plus meurtrier, dont le coup a glacé d'effroi ceux qui avaient voulu se faire un abri de ce nouvel engin de guerre pour empiéter sur les droits et privilèges de la minorité française en ce pays. Et M. le Dr Roddick aura beau ramener son cheval de bois devant le Parlement fédéral, les traits qui lui ont été lancés par le Bureau de Médecine et la Législature de la Province de Québec seront toujours là pour donner avertissement.

*Theret lateri lethalis arundo.*