

PAGES

MANQUANTES

3^e vol.

Sept. 1901

MÉMOIRES

De la sortie compulsive, des asiles d'aliénés des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie (1)

Par le DR GEO. VILLEMEUVE,

*Professeur titulaire de Clinique des maladies mentales, et professeur adjoint de
Médecine légale à l'Université Laval, Surintendant médical de l'Asile
Saint Jean de Dieu, Médecin consultant de l'Asile St-Benoit.*

D'après notre loi provinciale concernant les aliénés et les asiles d'aliénés, " toute personne placée dans une asile d'aliénés, cesse d'y être retenue, aussitôt que la guérison est constatée par le surintendant médical, et alors le surintendant médical doit donner l'ordre de la mettre en liberté- "

Suivant cette clause, les individus ou corps institués, tenus par la loi de payer les frais d'entretien d'un aliéné dans un asile peuvent-ils exiger le renvoi de cet aliéné, pendant ses intervalles lucides, lorsqu'il est atteint de manie périodique ?

Je synthétise ainsi dans une question, une demande d'élargissement faite au Gouvernement, par une municipalité voisine de Montréal, au sujet d'un aliéné entretenu à ses frais, à l'asile St Jean de Dieu. Le motif de cette demande ? Deux conseillers s'étant rendus à l'asile St Jean de Dieu pour s'enquérir de l'état du patient avaient constaté qu'il causait raisonnablement et se rendait utile aux propriétaires, comme cocher.

Conformément à l'usage, la requête du conseil municipal me fut référée et motiva le rapport suivant. J'y discute un point de droit relatif à la sortie des aliénés, d'une application souvent difficile en pratique. Cette

(1) Travail présenté à la Société Médico-Psychologique de la Province de Québec le 27 Juin 1901.

question est d'un intérêt majeur pour nous, qui sommes chargés d'administrer les asiles, mais elle a aussi une importance plus générale, au point de vue administratif. C'est ce qui m'a incité à vous soumettre mon rapport.

“ En réponse à la consultation qui m'est demandée par l'envoi du No. 000, et qui a été provoquée par la lettre du Secrétaire-Trésorier du comté d'Hochelaga, annexée au dossier, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport suivant :

A. B.....est atteint de manie périodique.

Cette maladie est caractérisée, d'une façon générale, par l'apparition, chez un même sujet, d'accès de manie plus ou moins durables et séparés par des intervalles lucides plus ou moins prolongés. Les causes les plus légères peuvent présider au développement des accès ; le plus souvent, la cause occasionnelle est à peine appréciable ; souvent aussi, le sujet paraît faire lui-même les frais de la maladie et nulle cause provocatrice ne semble exister. L'invasion de l'accès est rapide et brusque et ne présente pas généralement de période prémonitoire ; il atteint vite son plus grand degré d'acuité, auquel il se maintient pendant toute sa durée, pour décroître ensuite et disparaître comme il est venu, c'est-à-dire rapidement. Dans les intervalles des accès, le sujet reprend intégralement l'usage de ses facultés, du moins, dans les premiers temps de la maladie. Cette maladie, dans la période d'apparition des accès, est chronique et essentiellement incurable.

Dans le cas particulier du patient, la maladie date depuis au-delà de vingt-cinq ans, puisqu'il a été interné dans l'ancien asile de St Jean. Il a aussi fait plusieurs séjours à Beauport et a été enfermé plusieurs fois en prison, toujours à l'occasion de ses accès. Il est venu à l'asile St Jean de Dieu, la première fois, le 4 Août 1882 et il en est sorti le 12 Décembre suivant. Il y est revenu le 6 Octobre 1893 et en est parti sous congé le 20 novembre 1894 ; de retour le 16 avril 1895, il est reparti le 25 juillet 1898, pour être réadmis le 26 août de la même année.

Le patient A. B..... a toujours été admis et réadmis à l'occasion d'accès et plusieurs accès ont évolué sous nos yeux, pendant ses différents séjours, en dehors de ceux qui avaient provoqué ses admissions et réadmissions. Ces accès ont toujours présenté le même aspect, celui d'une violente exaltation maniaque, survenant brusquement, sans cause aucune, atteignant en peu de temps une intensité de folie furieuse, pendant laquelle le malade est notoirement méchant, fortement enclin à la violence et se sert d'un lan-

gage profondément immoral. A cette phase de la maladie, le patient A. B. doit être séparé des autres malades. Ces accès n'ont jamais eu rien de fixe, ni dans leur durée ni dans leur survenance.

A. B.relève actuellement d'un accès qui a duré deux mois et qui s'est manifesté sous la même forme de folie furieuse, avec immoralité transcendante dans ses discours.

Ainsi, le patient A. B.est atteint d'une maladie mentale chronique et incurable, et dont les accès peuvent, en toute occasion, devenir une source de scandale et une cause de danger si on le laisse se manifester librement.

Mais le caractère propre de cette maladie, le plus important et celui qui soulève la contestation actuelle, est de n'apparaître que par accès, séparés par des intervalles lucides complets, ou à peu près complets, sans que rien ne puisse nous autoriser à prévoir la durée de l'accès, ni à prédire l'époque de sa réapparition. C'est exactement cette périodicité infail- lible des accès, leur retour fatal et l'incertitude de l'échéance, en face de la gravité de leurs manifestations, qui complique si fortement la question de sortie et, dans certain cas, la rend presque insoluble, parce que l'erreur peut résider autant dans l'affirmative que dans la négative. Ainsi, depuis que le patient A. B.nous est revenu en 1895, il a eu plusieurs accès dont j'ai été le témoin ; il sort à peine d'un accès qui a duré deux mois ; il est certain qu'il en aura d'autres. Mais quand ? Est-ce dans deux semaines, dans deux mois, dans deux ans ? Je n'en sais rien, mais ce que je sais sûrement c'est qu'il en aura d'autres, et que ce peut être tout aussi bien dans deux semaines, que dans deux mois, ou dans deux ans.

Au point de vue particulier de l'intérêt des personnes responsables pécuniairement pour le séjour du patient A. B.à l'asile, la question que nous avons à nous poser est celle-ci : Doit-on le considérer comme guéri, après chaque accès, aux termes de l'article 3230 R. R. Q., et ses amendements et le congédier, dès qu'il revient lucide, de manière à libérer les intéressés des charges de son entretien ?

Dans un cas de manie périodique, maladie chronique et incurable, le mot guérison ne saurait être prononcé, l'état intervallaire n'est qu'un intervalle lucide, une intermittence ou une intermission, suivant sa durée, mais ce n'est jamais un retour définitif à la raison ; ce n'est qu'une période d'attente d'un accès dont l'on peut prophétiser le retour. Répondre affirmativement à cette question, serait donc se mettre en contradiction fia-

grante avec les principes scientifiques les mieux établis. Tenter d'imposer cette solution à la généralité des cas, serait s'exposer aux plus graves déboires. Rien de ce que je connais des antécédents du patient A. B.....rien de ce que j'ai vu et entendu moi même, ne m'autorise à penser qu'elle devrait lui être plus particulièrement appliquée.

Jusqu'à présent, j'ai suivi la ligne de conduite suivante vis à-vis les malades de cet catégorie. Lorsque leurs accès sont rares et que des parents ou des amis désirent s'en charger et offrent des garanties suffisantes de réintégration, dès les premières manifestations d'une rechute, j'accorde une libération conditionnelle. Je laisse partir de même, sur leur propre demande ceux de ces malades, dont les accès peu fréquents et plus bruyants que violents, n'inspirent pas de craintes sérieuses, lorsqu'ils peuvent s'employer utilement pendant les états intervallaires. Dans les mêmes conditions j'exige la sortie de ces malades, pendant leurs intervalles lucides, lorsque les personnes tenues à leur entretien, par leur situation de fortune, peuvent exercer sur eux une surveillance efficace.

Lorsque personne ne se présente pour réclamer ces malades pendant les accalmies de leur affection et qu'ils sont eux-mêmes satisfaits de rester à l'asile, je ne crois pas devoir les congédier, dans la majorité des cas.

Après avoir ballotté d'asile en asile et quelque fois, de prison en prison le patient A. B.....a fini par comprendre que l'asile était son seul et véritable refuge. C'est pour cette raison qu'il ne demande pas à en partir. Je ne puis me résoudre à l'en chasser, parce que je ne sais pas si, le lendemain de sa sortie, à quelque jour que je l'ordonne il n'aura pas une attaque. Ce serait endosser une responsabilité directe très grave, en vue des événements qui peuvent se produire. Je ne connais personne qui soit responsable de son entretien et à qui je puisse le confier.

Il est vrai de dire que nous employons le patient A. B.....à des travaux utiles pendant ses intervalles lucides, mais comme nous le faisons pour beaucoup d'autres malades, chaque fois que les circonstances s'y prêtent. Il est reconnu que le travail, lorsqu'il est possible, est un des meilleurs éléments du traitement des aliénés.

Il est évident aussi que si MM. Det V.....ont vu le patient A. B.....pendant une intermission de sa maladie, ils ont pu avoir avec lui une conversation raisonnable au point de s'y méprendre totalement sur le caractère véritable de son affection.

Un malade comme le patient A. B.....est une affliction pour un asile et les Révérendes Sœurs le verraient partir avec plaisir. Je n'ai jamais

cru devoir demander son transfert, malgré leurs sollicitations et l'ennui qu'il me cause à moi même, parce que je ne me reconnais pas le droit de me soustraire à mes obligations. Je ne crois pas, non plus, que les corps constitués puissent échapper aux leurs, pour des considérations d'ordre purement pécuniaire. Les principes humanitaires les plus élémentaires s'y opposent formellement.



Sur la période terminale de la paralysie générale.

par E. P. CHAGNON (1)

*Professeur agrégé à l'Université-Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique
de Paris, Membre honoraire de la Société de Méde-
cine mentale de Belgique, Membre actif de l'Ame-
rican Medico Psychological Association.*

La paralysie générale suit-elle la marche que vous décrivent presque tous les auteurs classiques ? Les paralytiques généraux finissent-ils leurs jours dans le marasme couverts d'escharres et ayant subi la fonte paralytique ? Et doit on considérer avec les auteurs comme complications plutôt que comme symptômes ces ictus qui se présentent si fréquemment dans cette maladie et souvent la terminent ?

Nous avons eu occasion d'observer et suivre jusqu'à la mort 85 paralytiques généraux. Nous avons cru qu'il serait intéressant de vous rapporter la terminaison de leur maladie. A l'exemple de M Arnaud de Vanves, (2) nous les avons divisés en 2 groupes, à savoir : ceux que la mort a surpris lorsqu'ils étaient encore en pleine activité physique, ceux qui, quoique affaiblis, pouvaient encore circuler de leur lit à leur fauteuil ; et enfin ceux qui étaient tout à fait confinés à leur lit.

Nous avons pu inclure dans le 1er groupe, 40 paralytiques généraux, soit 47,05 % du nombre total, chez qui la mort est survenue avant qu'ils fussent alités. Le 2ème groupe comprend 21 paralytiques, soit 27,05%, qui étaient obligés de tenir soit le fauteuil, soit le lit ; chez ceux ci, pas d'escharres, des troubles trophiques dans certains cas. Notre 3ème groupe composé de 23 malades, 27,05%, se forme de ceux chez qui le séjour au lit s'était imposé depuis un temps variable ; bon nombre de ces derniers ont présenté cette fonte paralytique décrite par les auteurs.

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique de Québec, le 27 juin 1901.

(2) Société Médico-Psychologique de Paris.

Si maintenant nous voulons considérer le mécanisme de la mort de ces 85 paralytiques, nous les diviserons encore en 3 groupes.

Ceux morts par ictus constituent notre premier groupe, ils sont au nombre de 27, soit 31,88% du nombre total. 26 sont morts d'une affection intercurrente, ce qui nous donnera 30,5% pour notre 2ème groupe. Le marasme, qui forme notre 3ème groupe, compte 22 cas, soit 37,64%. Chez ceux-ci nous avons observé des eschares, mais superficielles, des eschares de décubitus, des eschares localisées aux points de frottement. Un seul malade a présenté, comme nous l'avons dit plus haut, la véritable fonte paralytique.

Les affections intercurrentes que nous avons observées sont celles-ci : troubles gastro-intestinaux pour huit cas, et broncho-pneumonie pour deux cas. Deux sont morts d'une affection cardiaque, et cinq de mort subite. Deux sont morts d'épuisement nerveux, un de gangrène traumatique, et enfin un de polynévrite infectieuse.

Nos 27 décès par ictus, soit cérébral, soit épileptique, sont survenus sur des malades vigoureux. Pour la plupart des cas, ce n'était pas une première attaque ; au contraire, nous avons observé plusieurs attaques qui se renouvelaient périodiquement jusqu'à ce qu'une attaque isolée ou un état de mal emporte nos malades. Nous mentionnerons également que nos malades, morts dans le marasme, ont également présenté, pour un bon nombre, lorsqu'ils pouvaient circuler, cette même répétition d'ictus.

De ces données, nous nous croyons en droit de soumettre les conclusions suivantes :

1° La paralysie générale ne semblerait pas suivre le cycle régulier décrit par la plupart des auteurs classiques. En effet, près de la moitié de nos malades sont morts en pleine activité physique et plus des $\frac{2}{3}$ n'ont pas atteint la période d'impotence absolue ;

2° Les paralytiques généraux présentent rarement cette fonte décrite par les auteurs ; pour nous, nous n'en avons observé qu'un seul cas. Les escharres sont de même relativement rares ; elles surviennent chez les malades alités aux points de contact ;

3° Nous croyons que les ictus sont plutôt des symptômes que des complications de la maladie. En effet, le tiers de nos malades en sont morts, et nous les avons observés très souvent chez ceux qui sont morts d'affections intercurrentes ou dans le marasme.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Traitement de la dyspepsie des nourrissons élevés au sein

Par le professeur FILATOW, de Moscou.

Bien que les auteurs qui ont écrit sur le régime alimentaire des enfants soient unanimes à déclarer que la nourriture la meilleure pour un nouveau-né, c'est le lait de sa mère, néanmoins, dans notre siècle nerveux, la dyspepsie se rencontre fréquemment chez des nourrissons ne recevant rien que le sein maternel, en particulier chez des enfants premiers-nés. Faut-il en chercher la cause principale dans la nervosité en général des femmes contemporaines appartenant à un milieu social élevé ? Est-ce plutôt l'hérédité qui joue son rôle, le refus de certaines mères de nourrir leurs enfants à leur propre sein, transmis de génération en génération, aboutissant enfin chez les dernières descendantes à une atrophie des glandes mammaires par défaut de fonctionnement ? Tout cela est difficile à déterminer ; ce qui est certain, c'est le fait que la dyspepsie n'est point rare chez les enfants au sein et que les causes en sont diverses.

Parmi les différentes formes de dyspepsie des nourrissons, je veux, tout d'abord, isoler en un groupe distinct les cas de dyspepsie se distinguant des cas analogues par ce fait que les enfants, malgré des accès de coliques intenses et prolongées, troublant sérieusement le sommeil, et malgré la fréquence des selles contenant abondamment des résidus non digérés de lait, ne maigrissent pas, mais, au contraire, engraisser, c'est-à-dire *augmentent de poids plus qu'ils ne le doivent normalement*. Cette forme de dyspepsie s'observe principalement chez les enfants pendant les trois premiers mois qui suivent la naissance. On peut toujours supposer cette forme de dyspepsie lorsque la mère se plaint que l'enfant âgé de quelques semaines présente des matières verdâtres, des régurgitations fréquentes, pousse des cris incessants alors que cependant le petit malade offre des membres bien arrondis, une couche cellulo-adipeuse sous cutanée bien développée et résistante ; malgré les évacuations alvines fréquentes accom-

pagnées de gaz, le ventre est fortement ballonné. Le moyen le plus simple de se convaincre qu'il s'agit réellement de cette forme de dyspepsie, c'est de pratiquer des pesées quotidiennes de l'enfant ; alors il n'est pas difficile de déterminer en même temps la quantité de lait prises à chaque tétée (en pesant l'enfant avant et aussitôt après la tétée). A défaut d'un pese-bébé, on peut juger de la quantité de lait ingérée à la tétée par ce qui en reste dans le sein aussitôt que l'enfant en a été retiré.

Ayant affaire à ce genre de dyspepsie, on peut être convaincu que la cause de la maladie est la *suralimentation*, qui à son tour peut être due à deux causes différentes : dans une série de cas la suralimentation peut provenir de ce que l'enfant *tète* soit *trop longtemps* soit *trop fréquemment*, le lait pouvant être d'excellente qualité ; tandis que dans l'autre série de cas l'enfant reçoit non seulement plus de lait qu'il ne faut, mais encore le *lait* lui-même *est trop riche en matières constituantes solides* (lait appelé "trop lourd"). Dans les dyspepsies de la première catégorie (suralimentation simple,) il est plus facile de remédier au mal, car il suffit de diminuer la quantité de lait ingéré ; on recommande à cet effet : 1° de ne mettre l'enfant au sein que toutes les deux heures ; 2° de ne lui donner à téter que pendant dix minutes, et si ce temps paraît encore trop considérable, on peut le restreindre jusqu'à sept et même cinq minutes ; en général, on *doit laisser l'enfant au sein seulement pendant le temps qu'il tète sérieusement*, mais dès qu'il commence à se reposer, à regarder de côté et d'autre, cela veut dire qu'il a assez pris.

Dans les cas de dyspepsie de la seconde catégorie (lait lourd), l'affaire est un peu plus compliquée, car la diète seule, dans le sens de diminution de la quantité de nourriture, est insuffisante et il est indispensable de modifier la composition du lait. Dans les cas où le lait est lourd par la faute de la femme même qui allaite, il faut, pour supprimer la dyspepsie, remédier à certaines irrégularités dans l'allaitement. Au nombre de ces irrégularités appartient : 1° l'habitude de bien des nourrices de vider un peu le sein avant d'y mettre l'enfant, et 2° de donner les deux seins à chaque tétée. En effet, lorsque le sein a été au repos pendant quatre heures (ce qui arrive quand les seins sont donnés alternativement aux tétées successives, ces dernières à deux heures d'intervalle), le lait est reposé ; — d'abord il ne s'écoule que du lait clair, bleuâtre, ensuite c'est du lait blanc et dense ; il s'ensuit que lorsque la nourrice fait écouler les premières portions de ce lait, l'enfant ne reçoit que du lait dense et lourd.

Il en est de même quand les deux seins sont donnés à de courts intervalles, avec cette différence que dans ces cas l'enfant se suralimente encore plus facilement, car des deux seins remplis de lait, il arrivera à tirer, dans la même unité de temps, deux fois autant de lait que d'un seul sein (le lait jaillit tout seul d'un sein qui est plein). Par conséquent outre qu'il faut diminuer la quantité de lait, il faut encore ordonner que les seins soient donnés alternativement (un seul à chaque tétée), et sans enlever le premier lait moins dense.

Quand le lait est trop dense par lui-même, et que les mesures que nous venons d'indiquer sont insuffisantes, alors nous recommandons de modifier le régime de la femme qui allaite. Cette modification doit avoir lieu en ce sens qu'on restreindra l'usage de la viande et qu'on augmentera celui des aliments féculents; en d'autres termes, nous prescrivons le régime végétarien (lait, diverses espèces de gruaux, pommes de terre, légumes cuits, (tc.)), - et nous n'autorisons qu'un seul plat de viande par jour. Dans de tels cas de dyspepsie, ce changement de régime de la nourrice est généralement suivi d'un brillant succès. Il est pourtant des mères dont le lait reste lourd malgré tous les régimes; alors nous conseillons de patienter un peu jusqu'à ce que l'enfant ait six semaines ou, tout au plus, trois mois. Vers cette époque la dyspepsie engendrée par le lait trop lourd disparaît spontanément, à condition toutefois que les troubles de l'innervation des glandes mammaires, cause de la composition anormale du lait, n'augmentent pas encore davantage, amenant une diminution dans la quantité de lait. Dans ce cas, lorsque le lait vient en quantité insuffisante et qu'il est au surplus de mauvaise qualité, on se trouve en présence d'une seconde forme de dyspepsie se distinguant de la précédente par les symptômes contraires, l'amaigrissement rapide de l'enfant, c'est-à-dire par une perte de poids hors de proportion avec le peu d'importance de la diarrhée.

Cette dyspepsie liée à l' inanition s'accompagne parfois d'une tendance à la constipation, il n'y a pas de météorisme nettement prononcé, mais l'expulsion fréquente des gaz. Ce qui la distingue très nettement de l'autre forme de dyspepsie, c'est l'absence de régurgitations. Le conseil que, dans ces cas, peut donner le médecin, dépendra de l'âge de l'enfant.

1° Lorsque l'enfant n'a pas plus de 2 à 3 mois et que néanmoins le lait de la mère paraît insuffisant et indigeste, il est presque certain que ce lait se tarira complètement. On ne peut guère espérer une amélioration du lait de la mère, sauf dans les rares cas où la diminution a eu lieu à la

suite d'une cause déterminée et passagère, par exemple, un accès de fièvre, une émotion nerveuse, etc... Dans les cas semblables on pourrait prescrire l'allaitement mixte pendant quinze jours ; on aura recours à du lait de vache coupé d'un tiers d'eau, de décoction d'orge ou d'une solution de sucre de lait à 6 %.

2^o Lorsque la dyspepsie et l'insuffisance du lait apparaissent plus tard, l'enfant ayant déjà atteint de six à 7 mois, on peut, dans la grande majorité des cas, se borner simplement à instituer l'allaitement mixte, en intercalant entre les tétées des biberons de lait de vache. On atteint ainsi un double but : on supprime l'inanition et on guérit la dyspepsie. Au point de vue théorique, il peut paraître étrange que l'adjonction au lait de femme, mal supporté par l'enfant, d'un ou deux biberons de lait de vache encore plus lourd, puisse guérir la dyspepsie ; ceci est pourtant pleinement confirmé par la pratique journalière qui ne permet pas de mettre en doute l'existence de ce fait. La chimie du lait n'a pas encore dit son dernier mot ; or, il arrive qu'on a affaire à une dyspepsie due au lait trop lourd, dyspepsie ne disparaissant pas, malgré la régularité des tétées, tandis que l'examen du lait n'y fait découvrir absolument rien d'anormal ; il nous paraît assez vraisemblable d'admettre que l'allaitement mixte fournissant du repos aux glandes mammaires contribue au rétablissement de leurs fonctions. Selon la quantité de lait de la mère, on donnera d'abord un ou deux biberons par jour, ensuite plus souvent, surtout lorsqu'on a en vue de sevrer l'enfant dans deux ou trois mois

Si le lait de vache n'est pas bien supporté ou s'il n'est pas possible d'avoir du bon lait, alors, pour compléter l'allaitement, on peut s'adresser à du lait condensé ou à diverses sortes de farines pour enfants âgés de moins de 4 mois, digérant mal l'amidon ; le mieux est de s'adresser au produit anglais *Mellins Food*. Dans cette farine tout l'amidon est transformé en dextrine et en sucre, de sorte que même sous le microscope on ne découvre pas du tout les grains d'amidon caractérisés par la disposition de leurs molécules en couches concentriques ; de plus, la préparation microscopique ne se colore pas en bleu par l'iode. Pour préparer la nourriture des enfants on prend une partie de farine sur 4 à 8 d'eau : on fait bouillir jusqu'à consistance de purée ; la bouillie est d'un petit goût sucré, avec l'arôme de malt.

En somme, nous arrivons à la conclusion que si un enfant qui ne reçoit que le sein de sa mère, souffre de dyspepsie et crie beaucoup, il est,

en premier lieu, nécessaire d'élucider quelle est la quantité de lait fournie par la mère. Lorsque le lait est produit en excès immédiatement après que l'enfant aura suffisamment tété, on fait par la compression sortir aisément du sein le lait en plusieurs jets ; si par contre le lait est peu abondant, alors, après la tétée, on ne fait plus rien sortir du tout ou seulement quelques gouttes de lait très épais. (On obtient des résultats plus précis en pesant l'enfant avant et après la tétée ; nous y avons toujours recours dans les cas douteux, lorsque par exemple un sein trop ferme ne permet pas de juger exactement de la quantité de lait). Quand le lait est abondant, nous déterminons le régime de l'enfant et de la mère, et, si cela ne suffit pas, nous ordonnons l'allaitement mixte.

Dans bien des cas le lait de la mère est mal supporté par l'enfant, par suite de diverses causes accidentelles, faciles à supprimer : c'est ainsi qu'une mère, sans aucune nécessité, mais avec la bonne intention d'augmenter la quantité de lait, mange des harengs et boit beaucoup de bière ; une autre prend quelque médicament qui passe dans le lait (arsenic, purgatif) ; une troisième, craignant de laisser l'enfant seul, vit à la maison sans jamais prendre l'air. Toutes ces erreurs peuvent devenir des causes de dyspepsie et doivent être corrigées.

Une autre cause d'altération du lait, et, partant, de dyspepsie pour le nourrisson, est constituée par le retour des règles chez la mère, bien que l'examen chimique d'un tel lait n'y dévoile guère de différences notables avec sa composition normale.

Quelle conduite tenir en présence d'un cas semblable ? Ici encore il faut analyser chaque cas en particulier : si les règles ne sont pas accompagnées d'un état maladif de l'enfant, on peut n'en tenir aucun compte ; il suffira de faire comprendre à la mère qu'elle est sous la menace d'une nouvelle grossesse, auquel cas elle ne pourrait pas continuer longtemps l'allaitement.

Quand les règles font leur apparition d'une façon précoce, au bout de 6 à 12 semaines et quand l'enfant réagit par des manifestations de dyspepsie, alors il faut conseiller une nourrice mercenaire ; par contre, quand les règles ne font leur apparition qu'après six mois, alors on instituera l'allaitement mixte à l'aide de biberons de lait de vache, en faisant progressivement passer l'enfant au lait de vache seul, ayant soin toutefois de ne point le sevrer complètement du sein en été, de sorte que lorsque c'est à l'approche de l'été que les règles surviennent et que la quantité de lait diminue notablement, on fera mieux de conseiller une nourrice mercenaire.

La cause de la dyspepsie n'est pas toujours imputable au lait ; parfois elle dépend de l'enfant lui-même.

C'est ainsi que dans quelques cas la dyspepsie constitue une des plus précoces manifestations de rachitisme ; cela arrive de préférence chez des enfants vivant dans un air vicié dans des habitations humides, enfant qu'on ne sort jamais en plein air. Simultanément, parfois même avant la dyspepsie, l'enfant devient pâle ; la couche cellulo-adipeuse sous cutanée et les muscles deviennent flasques ; on sent au palper des points de ramollissement osseux au dessous de l'occiput ; en même temps l'examen du lait n'y fait rien découvrir d'anormal ; dans les cas de ce genre, avant de remettre l'enfant au sein d'une autre nourrice, on doit essayer d'agir sur la dyspepsie par un changement de milieu, d'habitation, et en faisant sortir l'enfant à l'air, même en hiver.

La dyspepsie peut avoir pour cause, outre le rachitisme, encore d'autres maladies générales affectant l'organisme infantile, telles que divers proces sus fébriles parmi lesquels il faut particulièrement insister sur la malaria qui chez les nourrissons peut même évoluer sans élévation de température, se manifestant par des coliques à retour périodique (des cris, particulièrement les nuits) et par des selles dyspeptiques. Le meilleur remède sera la quinine (0,03 à 0,05) ou l'euquinine (0,05 à 0,10) quatre heures avant l'accès.

Le plus souvent, c'est dans l'enfant même qu'il faut chercher la cause de la dyspepsie, lorsqu'il s'agit d'enfants nés avant terme qui, par suite de faiblesse congénitale de tout leur organisme et en particulier de leur tube digestif, sont atteints de dyspepsie, malgré la qualité irréprochable du lait de leur mère ; ils se suralimentent tout en tétant très modérément. Le traitement causal dans ces cas exige qu'on observe une prudence extrême dans l'allaitement, et qu'on ordonne de l'acide chlorhydrique avec de la pepsine :

R. Acide chlorhydrique.....	} aa 0.20
Pepsine.....	
Eau distillée.....	50 gr.
Sirop simple.....	5 gr.

Une cuillerée à café après la tétée.

Lorsque le médecin a su se reconnaître dans l'étiologie d'un cas donné de dyspepsie et autant que possible a su en éliminer les causes supposées, il lui reste encore à instituer un traitement symptomatique ayant pour but de supprimer les selles dyspeptiques, les vomissements et les coliques.

Dans les cas où l'enfant est très agité, lorsqu'il a des selles fréquentes, verdâtres, mais peu abondantes (en tant que quantité à chaque évacuation), lorsque le ventre est ballonné, nous commençons par prescrire un purgatif. La majorité des auteurs recommande alors le calomel à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05. pur ou additionné de magnésie calcinée; toutefois on obtient de bons résultats également avec de l'huile de ricin à la dose d'une demi ou d'une cuillerée à café. Après le purgatif on donne soit du bi-carbonate de soude à 1 0/0, soit une solution d'acide chlorhydrique à 1 0/0 dans une potion.

R. Eau de menthe..... }
 Eau distillée..... } 44 25 gr.
 Bicarbonate de soude 50 centigr.
 Une cuillerée à café toutes les deux heures.

ou

R. Infusion de racines de valériane..... 45 gr.
 Acide chlorhydrique dilué 5 centigr.
 Sirop simple..... 5 gr.

Comme la précédente.

Le bicarbonate de soude est principalement indiqué dans l'excès d'acidité du tractus gastro-intestinal (les évacuations irritent la peau dans le voisinage de l'anus, renvois et régurgitations très acides); l'acide chlorhydrique se prescrit principalement lorsque dans les vomissements le lait est peu caillé.

Si les coliques sont très fréquentes, il est utile d'ajouter l'une ou l'autre des deux potions d'un peu d'opium sous la forme, par exemple, de teinture d'opium simple (1), en calculant de telle façon qu'il n'y ait, par jour, pas plus d'une goutte par année d'âge (enfant de six mois, une demi goutte); pour les enfants de moins de six mois il vaut mieux prendre l'elixir parégorique qui est vingt fois plus faible que la teinture précédente et par suite plus facile à doser. On peut prescrire *pro die* deux gouttes par mois d'âge de l'enfant, par exemple :

R. Eau distillée }
 Eau de fenouil } 44 25 gr.
 Bicarbonate de soude..... 50 centigr.

(1) Extrait thébaïque.

Elixir parégorique..... XII gouttes.
 Sirop simple..... 5 gr.
 D. S. Une cuillerée à café toutes les deux heures.
 (pour un enfant de trois mois).

Annales de Méd. et Chir. Infantiles.

La ponction lombaire dans les fractures du crâne; sa valeur diagnostique et pronostique.

—
 Par M. TH. TUFFIER.
 —

Les faits dont je voudrais vous entretenir, et dont l'un a déjà été l'objet d'une communication à la Société de Biologie, ont trait à un nouvel élément de diagnostic des fractures du crâne dans les cas où ces lésions ne se précisent pas par les signes cliniques habituels que nous connaissons tous.

Le 14 mai dernier, un homme de vingt-six ans, renversé par un automobile, est amené à l'hôpital Beaujon. Il n'a que quelques égratignures superficielles; mais comme il se plaint de douleurs vagues, il est reçu par l'interne de garde. Au bout de deux jours il quitte le service dans lequel il se trouvait, et regagne son domicile à pied. Il revient trois jours après, le 18 mai, et entre dans mon service. Je le vois le 20 mai au matin: il se plaint d'un violent mal de tête; il est hébété, mais répond cependant aux questions qu'on lui pose; il a eu dans la matinée une crise convulsive et a perdu par le nez quelques gouttes de sang. Je pense à une fracture du crâne, sans cependant affirmer la chose, à cause du bon état général. Or, après la visite, le malade est repris de nouvelles attaques convulsives auxquelles un médecin assiste, et que ce médecin croit être de nature hystérique.

En présence de telles hésitations, j'ai l'idée de faire pratiquer une ponction lombaire, pensant qu'elle me renseignera au moins sur l'état des enveloppes cérébro-spinales: je retire, en effet, un liquide céphalo-rachidien rosé, couleur chair, qui s'écoule avec abondance. Pour être sûr qu'il

ne s'agit pas d'une contamination de l'aiguille par le passage à travers les tissus, je fais recueillir dans trois tubes successifs, et je constate que la teinte est homogène et identique dans les trois tubes. Deux heures après, le liquide s'est éclairci, et ne présente qu'un dépôt rougeâtre, tandis qu'à sa surface flotte un petit coagulum albumineux. L'examen microscopique, fait par M. Milian, mon chef de laboratoire, y révèle la présence de globules rouges et de globules blancs.

L'existence de cet épanchement hémorragique léger suffisait pour écarter le diagnostic d'hystéro-traumatisme, et admettre au contraire celui de fracture. En effet, à 2 heures de l'après-midi, le malade était repris de crises convulsives, tombait dans le coma, et mourait avant qu'on eût le temps d'intervenir.

Dans ce cas, que j'ai déjà rapporté à la Société de Biologie, la valeur sémiologique de la ponction lombaire a donc été affirmée par l'évolution. Il en a été de même dans un second cas que j'ai eu l'occasion d'observer peu de temps après.

Il s'agissait d'une vieille femme âgée de soixante deux ans, qui, à la suite d'un accident de voiture, nous fut apportée dans le coma. L'absence de lésions apparentes, l'impossibilité d'avoir des renseignements sur les antécédents de la malade et sur les circonstances dans lesquelles était survenu l'accident, nous laissaient dans un grand embarras au sujet de la nature exacte du traumatisme. Étions nous en présence d'une fracture du crâne, d'une contusion, ou d'une simple commotion cérébrale? Pour me renseigner je fis faire une ponction lombaire, et les caractères du liquide qui s'écoula nous fixèrent aussitôt sur la nature et le degré de gravité des lésions : ce liquide était absolument clair et cette constatation écartait de suite toute idée de fracture du crâne. En effet la malade se rétablit peu à peu, et aujourd'hui, près de deux mois après l'accident qui lui est survenu, elle peut être considérée comme guérie.

Enfin, il y a quelques jours, je recevais dans mon service un homme qui était tombé d'un tramway, et qui d'ailleurs ne présentait que des symptômes insignifiants ; à peine une petite plaie du cuir chevelu nous indiquait elle que, dans la chute, le crâne était intéressé par le traumatisme. Or le lendemain cet homme présentait des accidents cérébraux graves, et le 3e jour—c'était hier—il tombait dans le coma. Une ponction lombaire faite ce matin même nous a donné, comme vous le voyez, trois tubes de liquide céphalo-rachidien fortement teinté de sang. Ce blessé est

donc certainement atteint de fracture du crâne, et il ne faut pas être grand prophète pour prédire qu'il succombera aujourd'hui ou demain (1).

De ces trois faits, je me crois le droit de conclure que, dans les cas de traumatisme du crâne de diagnostic difficile, la ponction lombaire peut nous donner des renseignements non seulement sur l'existence d'un épanchement sanguin sous arachnoïdien et par conséquent sur l'existence d'une fracture, mais encore sur la quantité de cet épanchement et partant peut être sur l'étendue des lésions qui lui ont donné naissance, l'intensité de coloration du liquide recueilli étant en rapport avec l'intensité de l'hémorragie méningée. Il importe de ne pas faire de ponction trop précoce, car, étant donné le peu d'importance des hémorragies intra-méningées dans les fractures du crâne, il peut se faire que le liquide céphalo-rachidien lombaire ne soit teinté que tardivement, ainsi qu'il arrive pour l'ecchymose sous-conjonctivale.

J'insiste également sur la nécessité de recueillir dans trois tubes successifs le liquide obtenu par la ponction pour éviter toute erreur causée par la piqûre de l'aiguille pénétrant, sur son trajet, dans une veine quelconque.

Jusqu'ici, c'est-à-dire dans les trois cas auxquels j'ai fait allusion tout à l'heure, le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré stérile : mais il n'y a pas de doute qu'à l'occasion l'examen microscopique et les cultures permettront aussi de dire si le milieu est infecté et la valeur pronostique de la ponction s'en trouvera encore accrue.

Enfin, il n'est peut-être pas téméraire de penser que ces ponctions pourront acquérir une valeur thérapeutique : la décompression des centres nerveux que nous recherchons par la trépanation ne pourrait-elle être obtenue plus simplement par une soustraction abondante de liquide céphalo-rachidien à l'aide de la ponction lombaire ? Mais je ne veux pas aller plus loin dans mes conclusions et dans mes suppositions. Je me contente seulement d'indiquer dans quel esprit et dans quel sens les recherches ultérieures devront être faites.

(1) Le malade est mort dans la soirée. L'autopsie a montré une fracture para-médiane de la base du crâne irradiée de l'écaïlle occipitale à la lame oriblée de l'ethmoïde, une violente contusion de la pointe des lobes frontaux et de l'hémisphère droit du corvelet, enfin un épanchement sanguin considérable extra-cranien, ayant diffusé dans le canal rachidien.



Traitement de certains tics considérés comme des syndromes émotionnels

Par HENRI AIMÉ (de Nancy)

Trop souvent la qualification d'hystérique est faussement appliquée à certaines manifestations nerveuses dynamiques, les tics, principalement. Il y a des tics émotifs, même anciens, sans hystérie et qui peuvent être traités comme de véritables *syndromes émotionnels*, car l'état anxieux du malade et les réactions diverses de son émotivité paraissent avoir la part prépondérante. Les efforts thérapeutiques faits pour modifier ces réactions diverses, joints aux essais de correction des troubles moteurs, donnent raison à cette manière de voir.

Entre plusieurs observations de tics, ainsi considérés, M. AIMÉ a choisi deux cas ; l'un de véritable myoclonie, précédemment et successivement traitée comme chorée hystérique et paramyoclonus multiplex, l'autre de bégaiement de cause émotionnelle, développé lentement et s'accompagnant d'anxiété, de peur inhibitrices.

Le traitement institué, basé sur les principes de rééducation et d'entraînement, est divisé en :

- 1° Traitement physique ou cénesthésique,
- 2° Traitement psychique ou dynamogénique,
- 3° Traitement d'épreuve et de contrôle,

qui ne sont mis en vigueur qu'après consultation du tableau héréditaire du malade et certitude du diagnostic précis et exclusif de son émotivité morbide. La partie physique consiste dans l'emploi d'agents thérapeutiques physiques (au cas particulier de simples bains tièdes prolongés pour produire par vaso-dilatation périphérique une meilleure cénesthèse) ; la partie psychique comprend des exercices musculaires de rééducation rythmés au *métronomie* (mouvements des membres, mouvements inspiratoires, récitation et lecture de lettres, syllabes, mots, chiffres avec allitération, etc.), suivis d'entraînement graduel. Enfin, le rôle du médecin est troisièmement de mener le malade dans les milieux où son émotivité est en jeu et de le mettre aux prises avec elle aussi en garde contre elle par répétition des exercices précédents si cela est nécessaire. La guérison le récompense de sa longanimité.

Les équivalents psychiques de l'épilepsie.

Par le Dr RAYMOND, médecin de la Salpêtrière.

Les grandes attaques du mal comitial peuvent être remplacées par des accès d'une phénoménalité toute différente, considérés comme des équivalents ; eu égard à leur expression symptomatique, ces accès sont d'ordre moteur sensitif ou sensoriel et psychique.

Les phénomènes d'ordre psychologique ne paraissent pas jouer un très grand rôle dans l'épilepsie, et le caractère vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour établir une ligne de démarcation bien tranchée entre le mal comitial et l'hystérie. Inutile de parler de la grande attaque connue de tout le monde, mais cette dernière est souvent remplacée par des accès incomplets à convulsions non généralisées, avortées ou simplement remplacées par des accès de vertige, les phénomènes semblant alors réduits à la perte de conscience. Le sujet présente très atténué ou simplement esquissé l'un des phénomènes du grand mal : pâleur de la face suivie de rougeur, convergence des yeux, dilatation des pupilles, contraction des mâchoires, spasmes abdominaux avec émission de quelques gouttes d'urine. Mais la manifestation principale réside dans une perte passagère et quelques fois très rapide de la conscience : " le malade n'y était pas " puis il se reprend et continue ses occupations comme si rien n'était.

Tantôt ces troubles psychologiques suivent les manifestations convulsives ou s'y mêlent, tantôt ils se substituent complètement à elles, pour constituer de véritables équivalents psychiques de l'épilepsie.

Les manifestations d'ordre moteur peuvent ressembler à de petites convulsions.

Un gentil homme de 19 ans, sujet à des vertiges et à des accès comitiaux, fait plusieurs fois de suite des inconvénients de déglutition et paraît avaler quelque chose. A ce moment il est pâle, son regard est fixe, il perd connaissance et quand il revient à lui il n'a aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Cet accès de déglutition est fréquent dans l'hystérie, mais il ne prend le caractère comitial qu'en autant qu'il s'associe à un court accès de vertige.

Une femme de 25 ans est sujette à des attaques constituées par une dizaine de hoquets qui s'accompagnent d'un état de vertige, d'une brusque perte de connaissance.

A côté des équivalents moteurs se placent les équivalents sensoriels :

Chez une femme de 36 ans l'aura consiste dans une sensation de faim dévorante : il lui semble qu'elle ne pourra jamais apaiser sa fringale et aussitôt l'idée venue de chercher à manger, elle tombe en attaque à moins que le tout se limite à l'aura suivie d'un rapide vertige.

La femme C. âgée de 30 ans, a des accès de vertige pendant lesquelles elle répète indéfiniment la même syllabe ; parfois ses attaques sont précédées d'une aura caractérisée par des sensations génitales. Elle éprouve des irritations dans le vagin et discerne même l'introduction du pénis. Finalement C. se frotte le ventre d'une manière machinale et reprend connaissance.

Les équivalents revêtent un caractère psychique plus accentué quand ils se traduisent non plus par des sensations mais par des sentiments.

La femme C. âgée de 42 ans, a des attaques de petit mal ; habituellement elle est triste, ennuyée, mais à l'approche d'une attaque, elle éprouve une sensation de bonheur tellement intense qu'elle voudrait en mourir.

Au contraire chez la femme Bad. âgée de 42 ans, l'attaque s'annonce subitement par une tristesse profonde et sans motif.

Une fillette de 12 ans, nommée Biz, est avertie de l'approche d'une attaque par une sensation de peur inexplicable.

A un degré plus avancé le trouble psychique qui constitue tantôt l'aura tantôt l'équivalent d'une attaque de grand ou de petit mal, ne va plus porter sur une sensation ou un sentiment mais sur une perception du monde extérieur.

Ainsi une jeune fille de 26 ans, hystérique et épileptique éprouve soudain des vertiges au cours desquels la chambre qu'elle occupe, les maisons, les arbres lui semblent tout-à-coup prendre des formes absolument étranges et *en dehors* de tout ce qu'elle a jamais vu. Elle reste stupéfaite sans paraître se rendre compte de l'endroit où elle est, puis peu à peu reprend conscience.

A côté de ces troubles de la perception extérieure se placent les troubles de la perception personnelle, les troubles de l'idée et du sentiment de la personnalité.

Ainsi, au début de ses attaques d'épilepsie un homme de 35 ans se tourne vers un de ses camarades et lui dit avec un accent de commiséra-

tion : " Oh ! comme tu deviens pâle ! mais tu es blême, tu vas tomber. " Au fait, c'était lui même qui devenait pâle, blême, et qui tombait.

C'est quelque chose d'analogue qui arrive à la jeune dame âgée de 22 ans. Elle s'inquiète pour tous ceux qui l'environnent : " Ce sont " dit-elle " des gens malheureux, qui ont des ennemis....., on dirait qu'il va leur arriver quelque chose. " C'est à elle au contraire qu'il arrive quelque chose de lamentable car, presqu'aussitôt, elle tombe en attaque.

A nombre des équivalents psychiques, il faut aussi songer à ceux qui consistent en un effort de recherche angoissante et indéfinie :

La femme Ron. âgée de 32 ans, entend prononcer un mot qui lui paraît étonnant, incompréhensible ; elle cherche avec angoisse à comprendre et c'est alors que l'attaque éclate.

Gal., âgée de 28 ans, cherche à approfondir une idée dans laquelle il s'entortille, suivant son expression, et reste ainsi tout le temps de l'accès de vertige.

Un cas typique, observé par M. Janet est celui du nommé M. âgé de 26 ans, élève dans une des grandes écoles scientifiques de Paris, qui était obsédé par l'idée d'infini, laquelle lui inspirait une horreur très douloureuse. Pendant la consultation, M. Janet qui le prenait pour un obsédé ayant insisté sur le sujet délicat, aussitôt le malade se mit à évoquer dans son imagination des espaces à la suite les uns des autres. Puis il parla d'une manière inintelligible, il pâlit, convulsa les yeux se laisser glisser de sa chaise. Enfin des secousses en tout semblables à celles de l'épilepsie agiterent ses bras et ses jambes. L'attaque dura quelques instants à peine ; quand on eut relevé le malade on remarqua une grande tache d'urine sur le parquet. Un traitement bromuré eut un excellent effet dans ce cas.

Journal des praticiens.

F. X. J. D.

Hémorrhagie retro-placentaire consécutive à un traumatisme sur la région abdominale. Expulsion d'un fœtus mort et non macéré de quatre mois et demi.

M. Lepage rapporte le cas suivant à la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

La femme en question est une sextipare enceinte d'environ quatre mois et demi. Cette dernière grossesse a évolué tout-à fait normalement jusqu'à ces jours derniers, où cette femme a tombé du haut d'un tabouret, le ventre portant contre le coin d'un buffet. A la suite de cette chute elle est prise de douleurs qui s'apaisent et elle peut reprendre ses occupations. Hier matin se produit un écoulement sanguin qui l'amène à la maternité de la Pitié ; à son entrée le pouls est à 70, le col n'est pas encore effacé. On constate que l'utérus est constamment tendu. Dans la journée elle expulse un enfant du poids de 480 grammes. Le placenta présente en un point de sa face utérine, une dépression très nette correspondant à des caillots. Pour M. Lejage il s'agit d'un décollement prématuré du placenta dont les deux causes ordinaires sont, comme on le sait, l'albuminurie et la brièveté du cordon. Ici, c'est le traumatisme qui semble avoir produit le décollement.

M. Pinaud répond que cette observation est le type de l'hémorragie retro-placentaire. La tension permanente de l'utérus se rencontre toujours dans ce cas. L'utérus a une dureté ligneuse. M. Pinaud croit que chez cette femme c'est le traumatisme qui a été le facteur étiologique. Deux ou trois observations de ce genre ont déjà été publiées.

Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.

E. M.

Notes sur un procédé de traitement des hydrocéphalies justiciables de drainage par M. E. DAMAS, (de Valence).

Rapport par M. A. BROCA.

M. Damas, ayant eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un cas d'hydrocéphalie volumineuse avec conservation de l'intelligence chez un enfant de quatre ans, eut l'idée d'utiliser les rapports anatomiques du cul-de-sac dorsal et du cul-de-sac de Douglas, de les faire communiquer à travers les deux premières sacrées et de drainer ainsi dans le péritoine, par un orifice étroit, le liquide céphalo-rachidien. M. Damas ne semble pas avoir réalisé son idée. Il nous apprend d'ailleurs tout de suite que, peu de temps après avoir imaginé ce procédé, il tombait par les hasards de la bibliographie sur quelques lignes lui prouvant que l'idée était vieille d'au

moins deux ans et avait été mise deux fois à exécution par A. H. Ferguson (de Chicago).

Voici la traduction qu'il nous donne d'une analyse de ce mémoire ¹ :

" Au récent meeting de Denver, le Dr Alexandre H. Ferguson (de Chicago) décrivit un des plûs ingénieux procédés de drainage permanent lombo-abdominal dans le traitement de l'hydrocéphalie. En quelques mots voici le procédé de Ferguson. Il résèque assez de l'arc osseux de la cinquième lombaire pour récliner la corde spinale et percer un trou minime, à travers le corps vertébral, jusqu'à la cavité péritonéale, trou incapable de léser l'importante structure des organes. Un fil d'argent est recourbé en S. La boucle est placée dans le ventre, les bouts sont aplatis dans le canal vertébral, en bas, le long de la queue de cheval. La plaie est suturée. Ferguson a ainsi opéré deux cas jusqu'à présent. Dans le premier, l'enfant mourut bientôt ; la cause de la mort paraît avoir été la trop grande facilité du drainage. Dans le second cas, grande amélioration, mort trois mois après de broncho-pneumonie. Évidemment, le procédé mérite un plus long essai pour prouver qu'il n'y a pas de danger de voir s'établir une fistule externe avec infection consécutive. Il serait intéressant d'observer pendant combien de temps le fil résistera à l'empiètement des tissus de granulation et permettra le drainage dans le péritoine."

Quant à la description que nous envoie M. Damas, la voici, dans son texte exact :

" La technique opératoire peut être celle de Ferguson et l'on peut passer au niveau des vertèbres lombaires. Dans trois cas sur le cadavre (deux adultes et un fœtus féminin à terme) nous avons pu réaliser la communication entre le cul-de-sac dural et le péritoine au niveau de la deuxième sacrée. La présence du côlon pelvien ne saurait gêner ; chez l'enfant, il doit être facile, par le doigt d'un aide introduit dans le rectum, de faire récliner le côlon à gauche et de faire la perforation à droite. Au besoin, si des recherches ultérieures nous y montraient quelques difficultés, nous serions assez tentés de préciser l'acte opératoire par une petite incision de laparotomie permettant juste le passage d'un doigt et fermée par un point de suture.

" L'anastomose serait établie par le fil de Ferguson, ou mieux par une canule fine en argent.

“ L'acte opératoire pourrait se résumer ainsi : résection, temporaire ou définitive, sous-périostée des lames sacrées supérieures, incision du cul-de-sac, après compression faite pour empêcher l'issue abondante du liquide, incision de la face antérieure du cul-de-sac, perforation de la fraise de la face antérieure du sacrum, perforation au trocart du périoste et du péritoine, mise en place de la canule, suture de la dure-mère et de la peau.”

A ce propos M. Damas nous montre, en quelques lignes, dans quelles conditions ce drainage peut être tenté, et il ajoute avec grande prudence que “ la ponction lombaire préalable s'imposait pour justifier l'emploi de ce procédé.”

Mais je ne veux pas suivre l'auteur dans ses considérations, qu'il fait d'ailleurs très brèves, et je n'ai pas l'intention de me demander à ce propos s'il faut tenter un traitement chirurgical quelconque de l'hydrocéphalie par drainage permanent. Mon opinion sur ce point est à peu près celle que j'ai soutenue pour le cas spécial de spina bifida—et dont vos critiques ne m'ont pas fait revenir. Mais, dans son mémoire, M. Damas nous parle encore de l'opéré de Fochier, à spina bifida excisé, suivi d'hydrocéphalie guérie par le traitement mercuriel.

Je ne me lasserai pas de répéter, tant qu'il sera besoin, que cet enfant, après avoir été *amélioré*, est venu échouer quelques années plus tard dans mon service, à l'hôpital Trousseau, idiot, paraplégique, avec d'énormes escarres trophiques aux fesses. Ce fut un de ces malheureux dont la mort était souhaitable, pour lui, pour les siens, pour la société, et il est précisément de ceux qui m'ont fait conclure que, après guérison opératoire, le résultat définitif ne valait rien.

La sciatique syphilitique.

Dans les articles et les mémoires qui traitent de la sciatique, ce n'est qu'incidemment et d'une façon fort brève que, parmi les facteurs pathogéniques de cette affection, on fait mention de la syphilis. Et encore s'agit-il d'ordinaire non du tableau classique de la névralgie ou de la névrite du sciatique, mais de phénomènes douloureux dus à la compression de ce tronc nerveux par une gomme. Or, sur douze cas graves et absolument typiques

de sciatique que M. F. Mondel (Münch méd. Woch., 2 juillet 1901) eut l'occasion d'observer, dans trois cas l'affection était incontestablement due à la syphilis, et cela en l'absence de toute compression du nerf par une gomme.

Ici la nature spécifique du trouble sensitif résultait des antécédents des malades (dont deux présentaient des stigmates évidents de la syphilis et surtout de leur guérison rapide par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure, après insuccès des moyens ordinaires de traitement de la sciatique et même, dans un cas, de l'usage de l'iode de potassium à haute dose. L'effet curatif de la médication mercurielle constitue, pour la nature syphilitique de l'affection à laquelle on avait affaire, une preuve d'autant plus concluante que ces mêmes injections de salicylate de mercure ont donné à M. Mondel un résultat absolument négatif dans un autre cas de sciatique rebelle où il n'existait ni stigmates ni antécédents syphilitiques.

En ce qui concerne les symptômes morbides observés chez ces trois malades, ils ne se distinguaient en rien de ceux de la sciatique classique.

Le nerf atteint était partout douloureux à la pression, et deux fois on constata l'existence de troubles de la sensibilité tactile et d'atrophies musculaires. L'augmentation des douleurs pendant la nuit fut notée dans deux cas, mais elle a manqué une fois. D'ailleurs, ces exacerbations nocturnes des phénomènes douloureux se produisant fréquemment dans les sciatiques ne relevant pas de la syphilis, sont dépourvues, dans l'espèce, de toute valeur diagnostique.

Ainsi, d'après les faits observés par M. Mondel, la syphilis paraît figurer dans l'étiologie de la sciatique beaucoup plus souvent qu'on ne l'admet généralement. Il y a donc lieu de songer à ce facteur pathogénique chaque fois qu'on se trouve en présence d'une sciatique rebelle chez un sujet ayant eu autrefois la syphilis, et d'instituer, le cas échéant, un traitement spécifique par le mercure, l'iode de potassium pouvant se montrer incapable d'amener la guérison, comme le fait s'est produit dans une des observations de l'auteur.

Bulletin Médical, Paris.

E. M.

“ Allaitement pendant les suites de couches pathologiques.”

Mons. Budin rapporte 19 observations de femmes qui, malgré diverses affections fébriles, ont continué néanmoins à nourrir seules leur enfant. Ces observations ont trait à des femmes atteintes de grippe, lymphangite, angine, ictere, galactophorite, infection génitale vagino-utérine, etc.

Toutes ces femmes, malgré la fièvre, l'élévation de la température, ou l'intervention chirurgicale, ont produit un lait qui n'a eu aucune mauvaise influence sur l'enfant.

Cet auteur conclut donc à l'inutilité de l'interruption de l'allaitement dans ces cas, ce qui a une importance considérable au point de vue pratique.

Gazette Hebdomadaire.

E. M.



RAPPORT DE SOCIÉTÉ

Société Médico-Psychologique de Québec.

Sixième séance tenue à l'Asile d'Aliénés de Québec, le 27 juin 1901.

Présidence de M. Villeneuve.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.

Election de nouveaux membres.—MM. Jos. Pierre Deschatelets et Jos. E. Dion, de Longue-Pointe, sont élus membres de la société.

Classification.—Le comité de classification " présente son rapport " qui est adopté après amendement. Il est résolu que cette classification soit la seule suivie dans les asiles de la province. Elle est comme suit :—

Manie : a) aiguë ; b) chronique.

Mélancolie : a) aiguë ; b) chronique.

Folie périodique (circulaire, à double forme, alterne).

Confusion mentale primitive.

Délire systématisé progressif.

Folie des dégénérés.

Démence visanique.

Paralysie générale.

Démence organique et sénile.

Folies névrosiques : a) épileptique ; b) hystérique ; c) choréïque ;
d) autres formes.

Folies toniques : a) alcoolique ; b) morphinique ; c) autres formes.

Imbécillité.

Idiotie.

Ce même comité devra présenter à la prochaine séance un projet de tableaux statistiques.

American Medico-Psychological Association.—M. ANGLIN donne lecture d'une lettre de M. C. B. Bun, secrétaire de l'American Medico-Psychological Association, annonçant que cette société avait décidé de tenir sa prochaine réunion à Montréal, en juin 1902. Le comité de réception, tel que

formé à Milwaukee, se compose de MM. Vallée, Burgess, Penigo, Villeneuve, Anglin et Chagnon.

Codification de la loi des asiles.—Sur proposition de M. Vallée, la société adopte à l'unanimité la résolution suivante : La Société médico-psychologique de Québec prend la liberté d'attirer l'attention du gouvernement sur la nécessité qu'il y aurait de codifier la loi des asiles. Cette loi a été maintes fois amendée depuis la publication des Statuts Refondus, et en outre, il serait désirable de la compléter sur certains points, entre autres, en ce qui regarde la protection des biens des aliénés internés dans les asiles.

M. Villeneuve.—*De la sortie compulsive des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques, pendant les intermittences de la maladie.* (Page 1).

M. Chagnon.—*Sur la période terminale de la paralysie générale.* (Page 6).

M. Vallée fait remarquer que son expérience sur le mode de terminaison de la paralysie générale lui donne les mêmes résultats.

Elections.—Le Bureau pour l'année 1901-02 est formé ainsi qu'il suit ;

Président : M. U. A. Bélanger ; Vice Président : M. J. V. Anglin ; secrétaire : M. E. P. Chagnon, réélu.

Le Secrétaire,
E. P. Chagnon.



BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, AOUT 1901.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'opinion des Médecins d'Ontario et l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

Dans le numéro de Juillet, M. le Dr J. J. Cassidy, rédacteur en chef du "Canadian Journal of Medicine and Surgery" l'un des journaux les plus accrédités et qui réffète l'opinion des professionnels de la Province d'Ontario, publie, à propos de l'Association des Médecins de langue française en voie de formation, un éditorial qui a été toute une surprise pour nous.

Songer à la fondation d'une association nouvelle, destinée à réunir dans ses congrès, tous les Médecins de langue française de l'Amérique, cela lui paraît travailler à une œuvre, tout simplement antipatriotique, opposée à l'idée de la fusion des races qui doit, paraît-il, s'opérer un jour ou l'autre, sans aucune raison valable pour la légitimer, et tout au plus de nature à mettre en question l'avenir de "l'Association Médicale Canadienne" qui, lui semble-t il, doit avoir toutes nos sollicitudes.

M. le Dr J. J. Cassidy pose en principe que la science médicale, comme toute science, n'est pas bornée géographiquement, qu'elle ne connaît pas de barrières, qu'elle n'appartient à aucune race, mais qu'elle existe pour le bénéfice de l'humanité ; et c'est là une vérité aussi incontestable qu'incontestée. Nous comprenons que c'est au moyen du langage que sa vulgarisation peut être prompte, utile, facilement effectuée, car autrement, on ne voit pas bien comment elle peut-être profitable au plus grand nombre. Mais si la science médicale, celle qui nous préoccupe plus particulièrement, doit être à tout le monde, pour le plus grand bien de l'humanité souffrante, ne

pense-t-on pas que plus sa diffusion sera efficacement assurée, plus sûrement l'humanité devra en bénéficier ? Et s'il est jugé nécessaire de fonder tel journal, telle société, employer tels ou tels moyens en vue du but à atteindre, ne pense-t-on pas encore que les professionnels qui les auront créés auront bien mérité de l'humanité souffrante dont le soulagement sera ainsi plus sûrement assuré ?

On nous proclame bien haut, que la science est pour le bénéfice de tous et de chacun, mais quand un groupe de médecins veut prendre les moyens pour en assurer plus facilement la diffusion parmi les médecins et maintenir élevé le niveau professionnel, halte-là, ce n'est plus sage. Cela ne nous paraît pas absolument éblouissant de logique ; on ne pose pas de principe si on n'est pas disposé à accepter les corollaires qui en découlent naturellement.

C'est justement, parce que la science n'a point de patrie, qu'elle est là pour que tout le monde en profite, que les médecins Canadiens Français songent à se former en association, pour en assurer la diffusion plus efficace et en faire profiter dans la mesure du possible l'humanité souffrante. Et puis d'ailleurs, si la science n'a point de patrie, les savants, comme le disait Pasteur, en ont une.

Personne, n'est-il pas vrai, ne songe à contester l'utilité, l'importance, la nécessité même d'une association médicale, l'émulation quelle crée parmi ses membres pour les recherches et travaux scientifiques, l'impulsion donnée aux études, les enseignements qui se dégagent de ses congrès, l'affinement des moyens de pratiques mieux appropriés aux nécessités du pays, la diffusion des données scientifiques les plus modernes qui se trouve assurée et dès lors le niveau professionnel toujours maintenu très élevé, ces résultats, dont l'aboutissant est un bienfait humanitaire, sont évidents et indiscutables.

On admettra sans trop de difficulté, je suppose, qu'une association pour satisfaire au but pour lequel elle a été instituée, fonctionner régulièrement avec la plénitude de ses moyens, pouvoir être profitable à ses membres, doit être composée en majeure partie, pour ne pas dire plus, de membres qui comprennent et parlent parfaitement le même langage, autrement c'est la confusion des langues et ceux qui ne peuvent suivre les délibérations, n'en retirant aucun avantage pratique, ne tardent pas à décliner l'honneur de continuer à rester longtemps sur le terrain de la neutralité pure.

Or, jusqu'à présent, aucune association existante dans le pays n'a pu donner une semblable garantie, être considérée utile et profitable pour l'immense majorité des médecins Canadiens de langue française, pour qui la langue anglaise est un obstacle indéniable

Par conséquent, la conclusion rigoureuse à laquelle nous sommes arrivés, c'est de voir à s'en former une qui puisse pleinement satisfaire aux exigences.

Les nombreuses sociétés médicales locales déjà existantes, ne pouvant plus donner un champ d'action assez vaste, conforme aux nécessités des progrès accomplis de tout côté, le besoin s'est fait sentir d'une nouvelle association, où tous et chacun pourraient donner libre cours à leur talent de production et de vulgarisation scientifique, plus en mesure de stimuler le zèle et encourager le travail et d'ailleurs réclamée à grands cris par tous les professionnels désireux d'assurer l'évolution régulière du mouvement scientifique dans notre pays et nous ne croyons pas que les tours du parlement doivent en être ébranlées pour tout cela.

Nous avons pris la langue française pour base de cette association, parce que nous désirons faire œuvre utile et profitable et lui assurer cette homogénéité nécessaire à son bon fonctionnement. Nous avons tendu la main, au delà de la frontière, à tous nos confrères canadiens-français, qui ont encore de nombreuses attaches avec leur patrie d'origine, et qui gardent un souvenir attendri de l'Université qui a guidé leurs premiers pas dans le sentier scientifique et nous aurions cru manquer à notre devoir en ne les invitant pas à se joindre à nous.

Le succès de la nouvelle association est dès maintenant assuré, car elle s'appuiera sur la participation effective de plus de 2000 médecins parlant la langue française, dont le charme est infini, si on en croit M. le Dr J. J. Cassidy, et qui, par sa clarté, sa précision, est la vraie langue scientifique, suivant l'heureuse expression d'un professionnel éminent des Etats-Unis, M. le prof. Vaughan.

M. le Dr J. J. Cassidy nous avertit d'avance, afin, sans doute, qu'il n'y ait point de méprise dans l'avenir, que cette association ne représentera pas la profession médicale du Canada—Là n'est pas notre intention.

La nouvelle association, si elle n'a pas d'autres mérites, aura toujours celui de l'homogénéité, et la caractéristique de cette originalité propre que chaque race imprime au mouvement scientifique, et alors que l'âme française planera dans les congrès, la race canadienne française pourra librement

tirer de son fond latin, sinon toujours la nature du moins la forme et le principe de ses progrès.

D'ailleurs, il est inutile de se le cacher, elle représentera sur la terre d'Amérique, la science française, plus conforme à nos goûts, nos aptitudes et notre génie latin ; car le professionnel Canadien Français tout éclectique qu'il puisse être, n'a jamais oublié qu'il est la sentinelle avancée de la science française en Amérique, qu'il participe de ce foyer de lumière qui éclaire l'humanité toute entière, et il tient à continuer d'en être un des rayons d'autant plus puissant et vivace qu'il doit éclairer un plus vaste espace.

Il ne faut pas cependant se mettre en quatre, pour tâcher d'établir, que la nouvelle association doit nécessairement être une menace pour l'avenir de la profession dans ce pays et des prérogatives de la couronne britannique, c'est puéril. On a trop facilement l'air de croire en certains quartiers qu'une association où l'on parlera le français, doit rigoureusement être affiliée à quelque chose, destinée pour le moins à saper les institutions les plus respectables et les droits acquis, et cela s'explique par le fait qu'un grand nombre des professionnels de langue anglaise ne nous connaissent pas et ne nous jugent qu'à travers les injurieux et injustifiables articles de quelques fanatiques ignorants embusqués dans certains journaux politiques du Canada.

La nouvelle association n'exclut personne ; elle est ouverte à toutes les bonnes volontés, à tous les professionnels, qui ont intérêt à promouvoir le progrès scientifique dans notre pays, quelque soit leur origine et leur langue, seulement, elle statue que les travaux présentés à ses congrès soient traduits dans la langue française.

Elle n'implique pas la déchéance des autres associations déjà existantes auxquelles elle souhaite longue vie et succès, elle réclame seulement le droit de s'élever et grandir à leurs côtés, et nous croyons que la terre d'Amérique est assez vaste pour continuer une association de plus.

On nous dit sur un ton qui flaire la menace, qu'un pareil mouvement fera surgir une association des médecins de langue anglaise en Amérique ; loin d'en être marris, nous en serons enchantés, car plus il y aura d'associations florissantes, plus il y aura de travail, en raison d'une louable émulation qui ne marquera pas de se faire sentir parmi les professionnels, et plus sûrement la vulgarisation scientifique se trouvera ainsi assurée.

Et l'association médicale canadienne qu'est ce que vous allez en faire, nous dit M. J. J. Cassidy réellement alarmé ? Serait-elle en péril par hasard ! il est vrai que depuis plusieurs années elle ne bat que d'une aile et menace sérieusement de tomber en désuétude en face de l'indifférence des professionnels à son égard. Si elle s'écroulait un jour, ce que nous ne désirons certes pas, elle ne tomberait pas de très haut, car M. le Dr McKinnon en prenant le fauteuil présidentiel de l'association médicale d'Ontario, déclarait solennellement que celle-ci était, par son influence et son importance, la première du Canada, et on comprend que l'association médicale canadienne a du bien s'amoindrir pour ne pas pouvoir, à l'heure actuelle, supporter la comparaison avec une association simplement régionale (The Canadian Jour. of M. Surg. July page 22)

Personne, dans cette province, ne songe à battre en brèche l'association médicale canadienne, mais peut on en vouloir à des professionnels qui s'abstiennent d'en faire partie, paralysés qu'ils sont par la langue anglaise presque exclusivement parlée dans ses congrès ? quel profit peuvent ils tirer des délibérations qu'ils ne comprennent pas ? Il est vrai que si les officiels de l'association canadienne avaient montré, dans maintes circonstances plus de largeur de vue à l'égard de leurs confrères canadiens Français, n'avaient pas fait preuve d'un manque de doigté regrettable, et disons le mot, n'avaient pas dirigé la barque, de manière à exclure insensiblement les canadiens Français, quelques uns de nos compatriotes auraient certes continué d'en faire partie, mais on a trop souvent omis le fait qu'il y avait plus de 1500 médecins parlant le français dans la puissance du Canada et c'est ce qui explique leur abstention à peu près complète.

Cependant, vous avez trop de largeur de vue pour nous réjouir de ce fait regrettable. Nous sommes disposés, comme par le passé, à engager nos compatriotes, qui parlent les deux langues, à en faire partie et d'oublier les petites mesquineries officielles, la froideur glaciale et le dédain, que certaines personnalités encombrantes, n'ont jamais perdu l'occasion d'afficher notre égard.

On nous dit maintenant, vous ne profitez pas de l'Association canadienne, faites une section exclusivement française, avec vos officiels, vos règlements et de cette manière vous continuerez à encourager une association patriotique,—en d'autre terme on nous offre d'être l'état dans l'état. S'il peut être sage de faire bande à part, avec le Français comme langage officiel, dans le sein de l'Association Canadienne, pour

quoi ne le serait il pas également d'être l'état purement et simplement avec ses coudées franches ?

Non, il paraît que du moment que nous ne sommes pas enrégimentés dans l'Association médicale canadienne, la sagesse de notre mouvement n'existe plus, il devient même antipatriotique. Il y a tout à parier cependant, que nous sommes destinés à mourir dans l'impénitence finale et nous sommes sensibles au bon vouloir de ceux qui veulent nous éviter une pareille catastrophe. Il est hors de doute que la fondation d'une association où seront groupés des médecins parlant le français, est un événement gros de conséquences pour l'avenir de notre pays, car c'est avec des expressions endeuillées de tristesse que M. le Dr Cassidy constate l'écroulement de son rêve, de voir reculé encore pour bien des années la fusion des races d'où devrait sortir cette composite, le peuple de l'avenir au Canada, avec la langue anglaise, bien entendu, comme langage accepté.

Entendons nous bien une fois pour tout. Loyaux à la couronne nous le sommes, tout le monde en convient ; par exemple nous sommes canadiens avant tout, opposés à toute idée d'impérialisme, mais que M. le Dr J. J. Cassidy ne l'oublie jamais, nous entendons rester français. Aussi, dire sur un ton d'amertume, que les professionnels canadiens français vont, par leur association, éloigner encore l'avenir d'une fusion de races, c'est discuter, en pure perte, sur une question inéluctablement classée dans l'esprit de la race canadienne française, qu'il en passe son deuil, et l'association des médecins de langue française ne changera pas d'un iota, ce qui s'est déjà cristallisé, pour parler comme Stendhal, dans l'esprit de tous et de chacun. Et comment peut-il en être autrement ? Faut-il redire encore une fois ces notions des connaissances vulgaires, qu'il n'est pas permis à un homme réellement instruit des choses de son pays, d'ignorer ?

Les professionnels d'Ontario ignorent-ils que les canadiens français commencent leur éducation primaire dans des écoles françaises, que l'éducation secondaire est donnée dans des collèges français, que la médecine leur est enseignée dans des universités françaises, comment peuvent-ils concevoir après cela, qu'une fusion de races soit plus près de s'accomplir à l'heure actuelle, alors que le français est plus parlé dans le pays qu'il ne l'était il y a cent ans ? Si les canadiens-français, ont pu résister à l'anglification dans les premières années qui ont suivi la cession, conserver leurs institutions, leur langue, leur religion, se faire reconnaître tous les droits d'un libre citoyen, alors qu'il n'y avait pas d'écoles et qu'ils étaient laissés à leurs seules ressources, peuvent-ils espérer un seul instant que le cana-

dien-français d'aujourd'hui, qui a appris à apprécier les beautés et les qualités de sa langue maternelle, soit disposé à la troquer pour une autre ? Que des illettrés se paient de songes creux, passe encore, mais il est regrettable de rencontrer des gens instruits, ignorer aussi complètement la libre évolution des races dans notre pays.

Que l'on cesse donc d'agiter toujours, à propos de tout et de rien, cette question de race tout au plus de nature à créer des froissements, voir même des rancœurs, à élever une barrière infranchissable entre deux nationalités qui se doivent des égards mutuels, et que l'on soit satisfait de constater ce fait acquis à savoir que sur la terre d'Amérique, deux grandes races s'élèvent côte à côte, grandissent librement, et orientent leurs forces vives vers un but commun, l'avenir du Canada.

Et alors, on comprendra, sans peine, que travailler, par un moyen quelconque, à assurer l'évolution du développement scientifique dans son pays, faire briller d'un plus vif éclat tout un corps professionnel, qui a droit d'être jugé à son mérite, c'est faire acte de patriotisme éclairé, sans qu'il soit nécessaire pour cela que l'Association Médicale Canadienne ait au préalable, octroyé une bienveillante permission.

C'est encore beaucoup plus patriotique que de vouloir laisser la profession médicale canadienne française s'enliser dans les rangs de l'Association Médicale Canadienne où elle ne peut, en aucune façon, tirer les éléments de ses progrès. Et puis, ce qui nous rend tout rêveur, c'est de constater qu'un projet soit si antipatriotique si dissolvant de sa nature même pour la profession médicale suivant M. le Dr J. P. Cassidy et consorts alors que nos confrères de langue anglaise de notre province, qui ont des rapports journaliers avec nous, bien placés pour juger nos institutions, lui trouvent de l'opportunité, de la raison d'être et même de la grandeur.

M. le Dr Craik, le doyen de l'Université McGill, et M. le Dr Campbell de l'Université Bishop, sont-ils bien qualifiés pour se prononcer sur une semblable question.

Comment se fait-il que nos deux éminents confrères, à une réunion des gouverneurs du Bureau de médecine où ce projet devait être sanctionné au nom de leurs confrères présents, ont approuvé le mouvement avec la plus cordiale sympathie, et avec cette largeur de vue que nous nous plaignons toujours à leur reconnaître, ont promis leur concours effectif ; entretiendraient-ils par hasard eux aussi des idées antipatriotiques ?

D'ailleurs, nos confrères de langue anglaise, qui ne nous connaissent pas, seront, j'en ai aucun doute enchantés, de voir leurs préventions tomber

s'ils en ont eues un jour, et de constater que, de l'autre côté d'Ottawa, l'évolution scientifique a marché, depuis plusieurs années, à pas de géant, et ce sera un résultat non à dédaigner que l'association nouvelle aura à mettre à son crédit. Si on nous a méconnus trop souvent en certains quartiers, c'est un peu parce que l'on ne s'est pas donné la peine d'aller voir ce qui se passait chez nous. Car, nos confrères de langue anglaise des autres provinces, seraient très agréablement surpris, s'il leur était permis de voir de près le mouvement scientifique, l'esprit de perfectionnement et de travail, l'excellence du niveau professionnel dans notre province, et ils comprendraient immédiatement que le canadien français, qui descend d'une race supérieure, n'a pas failli à sa mission civilisatrice sur la terre d'Amérique.

Ils y verraient une foule de maisons d'éducation très modernes où un enseignement classique supérieur est donné aux futurs médecins; ils y découvriraient avec un plaisir indicible, une Université Laval, et à Québec et à Montréal, très florissante, d'où sont sortis les quelques 2000 médecins canadiens français qui à l'heure actuelle font honneur à leur pays, à leur race et à leur école. Je puis même leur dire, bien entre nous par exemple, qu'au point de vue de la culture intellectuelle, des connaissances scientifiques, et du sens médical pratique, le médecin canadien français n'a rien à envier à ses confrères des autres provinces.

Jusqu'à présent, il n'a pas fait beaucoup de bruit, il n'a pas fait beaucoup parler de lui, en dehors des sociétés médicales régionales et dans les journaux médicaux, faute d'une association où il put donner le libre cours à son talent de production et de vulgarisation scientifique, or il se trouve que l'heure a sonné pour lui de se mettre en lumière, de faire sa marque, de travailler plus efficacement au développement et à la diffusion de la science médicale dans notre pays et voilà comment il se fait qu'une grande association, avec l'avancement et la diffusion plus effective des connaissances médicales comme but principal, a été fondée et tiendra sa première assemblée à Québec en 1902, à l'occasion de la célébration du cinquantenaire de la fondation de l'Université-Laval, la première Université française du continent.

DR ARTHUR SIMARD.

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

Devant les gouverneurs du Bureau de Médecine

Mercredi, le 25 de ce mois, le Comité de la Société Médicale de Québec conviait à un "Smoking party" les membres du Bureau de Médecine nouvellement choisis par la profession. On voulait saisir l'occasion favorable de leur dire la haute appréciation que l'on porte à ceux qui présideront aux destinées de notre corporation durant les trois prochaines années, et le moment parut opportun de soumettre à la considération de ces nouveaux élus le prospectus de l'association des médecins de langue française dont l'organisation est à se compléter.

Comme nos lecteurs pourront le voir par le rapport qui suit, il était impossible d'espérer mieux, et cette soirée, bien qu'ayant eu un caractère de fête sociale, semble devoir marquer le passage de cette nouvelle association de l'état de projet simple à celui de vie assurée.

Le Dr Brochu, qui avait accepté la charge de présider l'assemblée, se lève, d'abord, pour porter un toast au nouveau Président du Bureau de Médecine, M. le Dr E. P. Lachapelle, réélu pour un second terme, à la séance du matin.

Il dit qu'il n'aura pas besoin d'appuyer pour répéter à l'adresse du nouvel élu des éloges personnels qui sont dans toutes les bouches des membres du Bureau à l'égard de celui, depuis trois ans, a présidé à leurs délibérations avec tant de tact et de dignité et qui a pris une part si large et si brillante à tous leurs travaux, depuis un grand nombre d'années. Il suffira de dire que le nom de M. le Dr E. P. Lachapelle restera attaché à la plupart des grandes réformes et des progrès accomplis dans notre profession, durant le dernier quart de siècle.

L'hommage que le Bureau de Médecine vient de lui faire, en le réélisant unanimement pour un second terme à la Présidence, témoigne hautement de l'appréciation par laquelle tous reconnaissent ses éminentes qualités et les nombreux services qu'il a rendus à la profession médicale en particulier, comme aussi, à la haute éducation dans ce pays.

Le Dr Brochu exprime de nouveau à M. le Dr Lachapelle, au nom de la Société Médicale de Québec, les plus cordiales sympathies et les félicitations les plus sincères pour l'honneur dont il vient d'être l'objet.

Cette santé fut accueillie avec le plus grand enthousiasme, et nous valut une de ces réponses délicates et pleines de sens pratique dont M. le Dr Lachapelle a le secret. Il affirme que si son nom est attaché aux dernières grandes réformes et aux derniers progrès, il le doit à ceux qui l'ont si puissamment aidé et secondé dans ses travaux. Et s'il a accepté un second terme à la présidence c'est qu'il a foi dans le travail, dans le concours et le ferme appui de ceux à qui les médecins de cette province viennent de confier leurs intérêts. Il remercie de tout cœur le Comité de Québec pour cette agréable réception dont il gardera le meilleur souvenir. Elle lui est une nouvelle garantie que, comme toujours, la bonne harmonie régnera entre tous les membres de notre profession.

Le Dr D. Brochu se lève ensuite pour expliquer le but particulier de cette réunion intime, sous l'invitation du Comité de la Société Médicale de Québec, chargé de promouvoir l'organisation de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et de son premier congrès à Québec, en 1902.

Ce Comité qui s'est fait l'interprète des membres de cette Société médicale n'a pas voulu laisser passer l'heureuse occasion de la présence de tous les gouverneurs du Bureau de Médecine, siégeant en session dans notre ville, sans leur offrir un témoignage tangible de leur plus cordiale sympathie et un hommage de la haute considération que l'on doit à ceux qui assument la tâche élevée de promouvoir les grands intérêts de notre profession et de veiller avec un soin jaloux à la sauvegarde des droits et privilèges de notre Bureau de Médecine, vis à-vis desquels, il n'est que juste de le faire remarquer, on se montre de moins en moins scrupuleux dans les hautes sphères législatives.

Le Comité a voulu également profiter de cette occasion unique de rencontrer dans un même milieu tous les représentants officiels de la profession pour leur soumettre le prospectus qui explique l'origine et le but de l'Association des médecins de langue française, sur ce continent, et leur demander leur adhésion et leur concours le plus efficace pour assurer le succès de cette grande œuvre qui intéresse au plus haut degré notre profession.

Cette association est fondée dans un but d'émulation pour les hautes études et d'avancement dans l'art professionnel. Elle aura pour mission, 1^o d'organiser des congrès périodiques de médecine 2^o d'encourager et de promouvoir la fondation des sociétés médicales de district.

C'est donc une œuvre du plus haut intérêt professionnel, dit M. le Dr Brochu ; et il pourrait ajouter qu'elle est le corollaire ou le complément de l'œuvre du Bureau de Médecine ou de celle qui incombe à leur responsabilité, comme gouverneurs de ce Bureau. En effet, s'il est essentiel que ce Bureau impose aux candidats qui se destinent à entrer dans la profession, des épreuves sur des programmes d'études bien définis, afin de donner des garanties de compétence pour ceux qui doivent embrasser les lourdes responsabilités de cette profession humanitaire, on sait trop, d'un autre côté, ce que devient le faible bagage scientifique du nouveau médecin, qui a passé avec succès les épreuves qu'on lui a imposées, s'il tombe dans un milieu où il vivra isolé de ses confrères, ou dans des conditions peu propres à favoriser son goût pour l'étude et son avancement scientifique. Il importe donc d'aller au-devant du médecin praticien, de lui offrir un centre de ralliement où il puisse retremper ses connaissances et se mettre à l'affût de tous les progrès récents dans la science et l'art de la médecine. C'est là l'œuvre des sociétés médicales et, surtout, des associations dont le but est l'organisation des congrès périodiques. C'est donc une œuvre dont ne sauraient se désintéresser les représentants officiels de notre profession.

L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord sera comme le centre de fédération de toutes les autres sociétés médicales de districts, auxquelles elle donnera la plus vive impulsion, et d'où elle tirera en retour sa force et sa vitalité.

Le titre, qui, à première vue, paraît embrasser une trop grande étendue, est justifié par le fait que, dans presque tous les Etats de la Grande République voisine, se trouvent disséminés des groupes assez nombreux de médecins d'origine française, surtout, canadiens français, la plupart diplômés de notre Université, et qui se rattachent intimement à nous, par conséquent, par les traditions nationales et scientifiques.

Le projet de cette association des médecins de langue française pourra, peut-être, apparaître à quelques-uns, comme une menace pour la bonne harmonie qui doit exister entre les deux grandes races de ce pays.

Le Dr Brochu dit qu'il est heureux de la présence des représentants les plus distingués des deux grandes universités anglaises de cette province

dans cette réunion de bonne confraternité pour dissiper toute équivoque et affirmer hautement que cette association n'aura d'autre but que l'émulation pour les études et l'avancement professionnel. Nous n'ambitionnons qu'une chose, dit-il, c'est de marcher d'égal avec nos confrères de langue anglaise, dans la voie du progrès et de ne pas leur être inférieurs dans la concurrence scientifique. Voilà pourquoi nous voulons offrir à la masse de nos praticiens les avantages d'une association générale où ils pourront se rencontrer et travailler de concert et d'émulation, pour relever le niveau de leur éducation professionnelle, en suivant de plus près le mouvement scientifique.

Nous avons bien, il est vrai, l'Association médicale du Canada, qui est ouverte aux médecins des deux nationalités, dans le Dominion. Mais comme nos confrères de langue anglaise en constituent maintenant la très grande majorité, la différence de langage ne permet plus au grand nombre parmi les médecins de notre origine de suivre avec profit les travaux qui leur sont offerts dans les congrès de cette association, dont nous apprécions cependant toute la valeur.

C'est là, il faut bien l'avouer, la principale, pour ne pas dire l'unique raison, qui explique l'abstention des nôtres et qui a fait sentir, chez la plupart, depuis longtemps, le besoin de fonder une association distincte, mieux adaptée à leurs besoins et à leurs aptitudes, qui aurait sa vitalité propre et dans laquelle rien ne nuirait à leur avancement et à la libre expansion du savoir et du talent.

“La science n'a pas de patrie” comme on l'a dit avec raison; elle ne doit pas être limitée par les frontières d'un pays; mais, à un point de vue plus particulier, il faut bien admettre que la langue, qui en est l'expression établit une grande différence pour la facilité de sa diffusion, pour le travail des études journalières, comme pour le profit que la masse des praticiens peut retirer de ses manifestations les plus larges, au sein des congrès professionnels.

Voilà pourquoi notre association des médecins de langue française aura sa raison d'être. Elle ne nuira en rien à l'harmonie que nous aimerons toujours à garder avec nos confrères de langue anglaise; elle ne sera pas non plus une scission qui nous aura été inspirée par un pur nationalisme: elle ne sera que l'expression légitime d'une nécessité depuis longtemps ressentie pour favoriser le développement de notre éducation scientifique. Et nous avons la confiance, au contraire, que cette association dont la vitalité et l'expansion seront favorisées par la cohésion de ses adh-

rents, deviendra plutôt l'occasion d'égarde réciproques entre les associations identiques, de nationalités différentes, et qu'il n'y aura d'autres sujets de rivalité et de lutte dans le but qu'elles poursuivent que l'émulation pour l'avancement scientifique et le bien de l'humanité souffrante : n'est ce pas là, d'ailleurs, l'objet commun qui rattache tous ceux qui ont embrassé la noble profession de la médecine.

Le Dr Brochu expose, alors, à l'assemblée le résumé des propositions développées dans le prospectus qui sera adressé à tous les membres de la profession pour recevoir leur adhésion et engager chacun à fournir, en dehors de son appui moral, une part de travaux pour le succès de ses congrès. Mais la meilleure sanction et le meilleur crédit à donner à ce prospectus comme au projet lui-même serait d'abord l'adhésion et la signature de ceux là-mêmes qui sont les élus ou les représentants officiels de la profession. Le Comité d'organisation, qui se compose nonseulement des membres de la Société Médicale de Québec, mais d'un nombre égal des membres de la profession de la ville de Montréal, se flatte de l'espoir que cette adhésion ne leur sera pas refusée et qu'il n'y aura qu'un même sentiment, parmi les gouverneurs du Bureau, pour promouvoir ce projet du plus haut intérêt professionnel.

Le Dr Brochu, annonce, en terminant, qu'il a été décidé unanimement que le premier congrès de l'association aurait lieu à Québec, en 1902.

Une circonstance mémorable, pour cette date, se présentait, en effet, qui ne pouvait manquer d'impressionner les esprits : c'était la fête des noces d'or de l'Université Laval, la première université française en Amérique.

“ C'est un sentiment bien naturel et un orgueil bien légitime de travailler à la glorification des institutions qui nous procurent les avantages de la haute éducation et qui font le plus d'honneur à notre nationalité.

Le congrès que nous organiserons pour les fêtes du cinquantenaire de la fondation de notre Université Laval sera le plus bel hommage, que nous, ses anciens élèves, nous puissions offrir à cette *Alma Mater* pour prouver à la face du pays tout entier, sa vitalité, son influence sociale et le rôle fécond et bienfaisant qu'elle a joué pour le progrès intellectuel de la race canadienne française, dont elle a été le phare lumineux, à travers les écueils qui avaient été semés sur sa route.

M. le Dr. Lachapelle répète ensuite dans leur langue à nos confrères anglais les considérations du Dr Brochu dont il se fait l'interprète fidèle et convaincu. Il ajoute que l'idée d'allier la fête du cinquantenaire de la fon-

dation de l'Université Laval à celle du premier congrès de cette association médicale assurait le succès de ce congrès et il exprime la certitude que même au point de vue scientifique, ce congrès serait un sûr acheminement vers des travaux de plus en plus propres à élever le niveau de la Médecine française en ce pays.

M. le Dr Craik, doyen et représentant de l'Université McGill au Bureau de Médecine, avec cette largeur de vue, et cette prompte saisie des idées justes et dignes qui le distinguent au premier plan, exprime au Comité tout l'intérêt que nos confrères de langue anglaise porteront au succès de cette nouvelle association.

Comme des frères ils nous suivront, nous aideront même, sûrs que par là ils feront œuvre digne de la profession Médicale.

“ J'ai connu les débuts de votre belle Université que nous admirons, dit l'éminent professeur, et j'en ai suivi avec joie, pas à pas, tous les succès, et cela avec d'autant plus d'intérêt que je comprenais toutes les difficultés inhérentes au développement de ces œuvres, grâce aux attaches et à la sollicitude que je portais à sa sœur dévouée, l'Université McGill qui touche déjà, comme moi, à sa soixante-onzième année d'existence. C'est avec plaisir que nous nous associerons à vos fêtes, certains que nous sommes qu'on y gagne toujours à honorer les siens.

Nous souhaitons à votre belle association tout le succès que vous lui désirez ; et nous n'avons aucun doute sur son existence durable. Votre but d'avancement de l'éducation scientifique est noble et louable, et nous y souscrivons volontiers, vous promettant notre appui sincère.”

Les paroles du Dr Craik furent saluées d'applaudissements non équivoques qui durent lui prouver la haute appréciation qu'en faisaient ses auditeurs.

M. le Dr Campbell, au nom de l'Université Bishop qu'il représente au Bureau de Médecine, remercie le Comité de la Société de Québec de cette agréable réunion, et il ajoute qu'il a tellement foi dans la réussite de ce projet d'association qu'il admire, qu'il nous conseille des congrès non seulement tous les trois ans, mais tous les ans, imitant en cela sa sœur aînée, l'Association Médicale Canadienne, laquelle, affirme-t-il, nous verra grandir et prospérer avec orgueil. Le docteur est certain que l'une ne peut qu'aider l'autre, grâce à cette émulation scientifique qui va s'élever et qui profitera aux deux associations. Il croit que le succès de cette nouvelle association devra être un stimulant aux médecins des deux langues de notre pays pour assurer l'existence de l'Association Médicale Canadienne,

qui vient d'avoir à Winnipeg la plus nombreuse assemblée qu'elle a encore vue, preuve de sa vitalité et de ses progrès.

Les confrères n'ont pas ménagé leur approbation au Dr Campbell et leurs applaudissements prolongés ont dû l'en convaincre.

Le Dr Brochu remercie les Drs. Craik et Campbell de leurs bienveillantes paroles, à l'adresse de l'Université Laval et il les prie de croire que cette dernière institution suit avec un intérêt et une sympathie au moins égales, les progrès et la position enviable des Universités McGill et Bishop.

Le Dr Choquette dit ensuite, au nom de ses confrères des districts ruraux, toute la joie qu'ils éprouvent de pouvoir prendre part en 1902 aux fêtes de l'Université-Laval, l'*Alma Mater* de presque tous les médecins canadiens-français de cette province et de la Grande République Américaine. Il est sûr d'être leur écho en félicitant le Dr Brochu de la grande et belle idée de réunir en association tous les médecins de l'Amérique du Nord, qui partagent la même origine.

Leur adhésion est absolument acquise aux promoteurs du projet.

Le Dr Choquette put trouver des accents vraiment pathétiques pour redire aux siens tout l'intérêt, tout l'amour qu'il porte à l'Université-Laval.

Le Dr Demers, de l'Université Laval de Montréal trouve quelques mots très heureux à l'adresse de ses confrères de Laval de Québec.

Enfin le Dr Brochu remercie bien cordialement les membres du Bureau de Médecine d'avoir répondu d'une manière aussi empressée à l'invitation de leurs confrères de la Société Médicale de Québec. Et il exprime l'espoir qu'ils leur accorderont non seulement leur appui moral, mais encore qu'ils aideront puissamment au succès du prochain congrès par des travaux nombreux.

Dans quelques jours, dit-il, un prospectus de cette association sera adressé à tous les membres de la profession Française en ce pays, pour leur bien faire connaître la nature et l'étendue du projet, avoir leur adhésion et connaître leurs suggestions. Un peu plus tard, ces mêmes médecins seront invités à se rendre à une assemblée générale de la profession qui sera tenue à Québec ou Montréal, ou à y envoyer un ou plusieurs représentants, pour fonder d'une manière définitive la dite association, nommer ses officiers et pouvoir adopter les règlements déjà préparés par le comité d'organisation.

Comme on s'est plu à le dire très souvent depuis plusieurs mois ce projet sera d'autant plus facile à réaliser, que le nombre des sociétés

médicales de districts ou de comtés sera plus considérable. Nous croyons donc qu'il est de la plus haute importance de chercher à promouvoir par tous les moyens possibles la diffusion de ces associations. La profession en général est donc appelée à faire quelques choses pour encourager ce mouvement progressif si propre à rendre des services inappréciables à notre profession. Un bon nombre existe déjà et on commence à en apprécier les bienfaits.— Nous souhaitons que de plus nombreuses encore prennent naissance dans toutes les divisions électorales et que leurs travaux soient fertiles en heureux résultats.

Collegé des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Assemblée tenue à Québec, les 25 et 26 Septembre 1901.

Un peu avant dix heures tous les élus du 4 septembre sont à leur poste. M. le Dr Lachapelle, président du Bureau de la veille, ouvre la séance. Il souhaite cordialement la bienvenue à ses compagnons d'arme, se déclare très satisfait des élections faites suivant le nouveau système. Toutefois il regrette beaucoup la quasi indifférence qu'un trop grand nombre de médecins ont manifesté lors de la dernière élection. Il croit cependant que ce moyen peut être trop nouveau, aujourd'hui, fonctionnera mieux dans trois ans. Comptons de plus sur l'influence des sociétés médicales de district et de comté, il ne doute pas qu'alors on se fera un devoir d'entrer dans l'arène et prendre au moins la peine d'enregistrer son vote en faveur de celui qu'il jugera le plus apte à diriger le courant progressif qui se manifeste aujourd'hui de tous côtés.—

Monsieur le Régistrateur, dans un rapport très détaillé sur le résultat des élections nous fournit le tableau officiel publié plus loin.

Malheureusement deux ombres figurent au tableau.

Enfin, le soir même du scrutin, le Dr McMorine nous quittait subitement pour un monde meilleur.

D'un autre côté l'Hon. R. Fiset dans Rimouski se voyait aux prises avec une contestation d'élection par la faute de l'officier rapporteur, ainsi qu'on pourra le voir ci-après.

Ici on procède aux élections des officiers, qui donne le résultat suivant :

Président.....M le Dr E. P. Lachapelle réélu
 Vice-Prés. pour Montréal..... " " Craik réélu.
 " " Québec..... " " A. Vallée élu.
 à la place de M. le Dr L. Catellier démissionnaire.
 Trésorier..... " " Albert Jobin réélu
 Secrétaire pour Montréal..... " " McDonald réélu.
 " " Québec..... " " C. R. Paquin. élu.

Alors le Président remercie en termes chaleureux l'assemblée de l'honneur attaché à sa réélection. L'unanimité avec laquelle on lui témoigne une si grande confiance le touche profondément. Bien qu'il croit avoir travaillé de tout temps à favoriser tout mouvement progressif de la profession en cette province il n'hésite pas à déclarer que, grâce à la généreuse participation de ceux qui l'ont si puissamment aidé dans le passé et grâce aussi à la coopération des nouveaux membres du Bureau, il croit être capable de faire quelque chose de plus pour l'avenir afin de combler toutes les lacunes, faire triompher les principes qui seuls devraient toujours guider les représentants des districts dans l'exécution de leur devoir.

Représentants des Universités : Pour *Laval* à Québec, MM. les Drs Simard et Catellier.—Pour *Laval* à Montréal, MM. les Drs Lachapelle et Demers.—Pour *Bishop*, MM. les Drs Campbell et McConnell : Pour *McGill* : MM. les Drs Lafleur et Craik.

On nomme alors le comité des créances et celui des examinateurs.

Le premier fut composé des officiers et d'un représentant de chaque université.

Le second des MM. dont les noms suivent : Brochu, Vallée, Lafleur, Berry, Demers, Sirois. Boulet Brophy, Norman, McConnell, Girouard, Brown.

La séance est ajournée au lendemain à 9 hrs.

Sept. le 26, Tous répondent à l'appel nominal.

Le procès-verbal est adopté.

M. le Dr Baril donne motion pour l'assemblée de Juillet prochain qu'il demandera la formation d'un comité pour travailler conjointement avec le comité de législation à la refonte et à la codification des lois qui régissent la pratique de la médecine en cette province.

Le Dr Sirois donne aussi avis de motion qu'à partir de 1903, la durée

du *curri culum* médical soit de 5 années de neuf mois de cours et que le programme des études soit révisé en conséquence.

Une requête du Dr A. Lefebvre demandant d'être se porter garanti dans sa propre cause contre un de ses clients sous prétexte que le résultat de cette cause intéresse la profession en général est lu par le président. Après discussion, cette question est laissée sur la table.

Rapport des examens préliminaires. Ont été admis sur leur diplôme de bacheliers :

MM. Noël Guibault,	MM. Fortunat Lord,
“ Jules Harvelin,	“ Frank Scrimger,
“ E. H. Henderson;	“ B. A. Desserres,
“ Joseph Paquet,	“ W. E. Ainley,
“ Art. Rousse,	“ R. L. Auger,
“ H. Larinville,	“ L. Poison,
“ J. N. Perusse,	“ D. Bellemare,
“ E. S. Henry,	“ J. Lacoursière,
“ J. N. Francœur,	“ A. Plourde,
“ A. Matteau,	“ M. P. Grenier
“ P. Baril,	
“ J. P. Pidgeon, admis par bill privé.	
“ E. Fisher, “ “ exemption provinciale.	
“ J. A. Baird “ “ enrégistrement britannique	

Deux ont été refusé.

Société médicale du comté de Portneuf.

C'est avec plaisir et, je considère comme tâche agréable celle d'être appelé à faire le rapport des délibérations de cette quatrième assemblée, tenue à Deschambault chez M. le Dr A. Dufresne le 25 septembre dernier.

Il est hors de doute que nous commençons à apprécier les nombreux avantages que peut procurer une semblable association. En effet, à voir l'empressement et la ponctualité du plus grand nombre à se rendre au poste désigné, à considérer le travail qu'on s'est imposé pour rendre ces réunions instructives et agréables, les sacrifices que font la plupart de ses membres pour assurer sa vitalité, il faut bien admettre que tous, nous avons à cœur

le progrès scientifique, l'amour de la confraternité et de la concorde, et surtout le bien général.

Depuis l'organisation de notre Société, cette quatrième réunion est certainement celle de laquelle nous garderons un long souvenir, quelque soit le sort heureux ou malheureux qui lui est réservé.

Les confrères présents à cette réunion sont MM. les Drs A. Wilbrenner, L. A. E. Rousseau, Clovis Mayrand, S. Geo. Paquin, Art. Delisle, Thos. Savary, S. Alain, E. Voisard, A. Marcotte, Ph. Lord, Ph. Dolbec, A. Dufresne, E. Archambault, et M. le Dr F. X. Mayrand qui nous fait dire, qu'il assiste aussi à cette assemblée de *cœur* et d'*esprit*, car bien que sa résidence soit à quelques pas du lieu de notre réunion, il ne peut s'y rendre vu son grand âge et ses infirmités. — Une lettre de M. le Dr Georges Watters de St-Augustin nous exprime son regret de ne pouvoir s'unir à nous vu qu'il est retenu au chevet d'une de ses sœurs dangereusement malade à Montréal.

I

La séance s'ouvre à 3 hrs. précises.

Le dernier procès-verbal est lu et adopté.

Le Dr S. Geo. Paquin de Portneuf fait ensuite part à l'assemblée des félicitations et des souhaits de prospérité d'un certain nombre des membres dirigeants de la belle Société Médicale de Québec lesquels constatent avec la plus grande satisfaction l'existence certaine de la société *sœur* du comté de Portneuf, reconnaissant aujourd'hui sa vitalité et en suivent pas à pas l'activité et les progrès.

De chaleureux applaudissements accueillent l'offre aimable et gracieux de M. le Dr Brochu : qu'à l'avenir, tout membre de notre Société qui voudra préparer un travail quelconque pour les séances subséquentes, aura accès à la bibliothèque de la Société Médicale de Québec où il pourra puiser dans les différentes séries de journaux de Médecine moderne, tous les renseignements nécessaires au complément de son travail.

Quelques bons mots du Dr Rousseau de St Casimir font apprécier à l'assemblée toute l'importance de cette faveur. Des remerciements sincères seront votés à M. le Dr Brochu, ce grand ami de la science et ce promoteur modèle du progrès.

L'assemblée s'occupe ensuite du grand projet de l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, qui devra être fondée en 1902

Comme la société a appris qu'il doit y avoir prochainement à Québec une réunion des organisateurs pour s'occuper de cette question et comme les sociétés de district seront tenu d'y envoyer un *délégué*, l'assemblée choisit unanimement le Dr S. Geo. Paquin pour représenter la société médicale du comté de Portneuf à cette réunion.

Sur proposition du Dr. Rousseau de St Casimir, il est décidé que la société se charge de tous les frais de voyage du délégué.

II

Le comité de rédaction du tarif fait ensuite son rapport. Après quelques modifications, ce tarif minimum qui a fait le sujet de toutes nos délibérations précédentes est enfin accepté et signé par tous les membres présents. Il est décidé sur *l'honneur* que ce tarif sera fidèlement observé et maintenu dans le comté de Portneuf. Si parmi les cinq ou six membres absents il s'en trouve qui ne veulent pas accepter ce tarif, ils ne feront pas par là même partie de la société.

Tarif *minimum uniforme* adopté par la société médicale du comté de Portneuf à la séance du 25 Sept, 1901.

- 1° Tout accouchement ne dépassant pas 4 heures. du bureau au bureau, \$2.00
- 2 Pour chaque heure additionnelle, 25 cts.
- 3 Application de forceps, \$1.00 et plus.
- 4 Accouchement gémellaire, \$4.00
- 5 Version podalique, \$1.00 et plus.
- 6 Adhérence du placenta, \$1.00 et plus.
- 7 Chloroformisation, \$5.00
- 8 Extraction de dents, 25 cts.
- 9 Extraction de chaque dent additionnelle, 25 cts
- 10 Dent anesthésiée, 50 cts
- 11 Consultation avec un confrère, \$5 00
- 12 Première visite au village, (jour) 50 cts
- 13 Chaque visite subséquente, (remèdes extra), 50 cts.
- 14 Visite de nuit au village, \$1.00
- 15 Visites dans les rangs, distance de 1 à 3 milles, \$1.00 (remèdes extra)
- 16 " " " " " " 3 à 6 " \$2.00
- 17 " " " " " " 6 à 10 " \$3.00
- 18 Injection hypodermique, 50 cts. à \$1.00

-
- 19 Injection de sérum, (sérum extra) \$2 50
 - 20 Ouverture d'un abcès, \$1.00
 - 21 Auscultation, \$1.00 à \$2.00
 - 22 Analyse des urines, (1ère fois) \$1.00
 - 23 " subséquente, 50 cts
 - 24 Corps étranger dans l'œil, 50 cts à \$1.00
 - 25 " " dans le nez ou l'oreille, 50 cts à \$1.00
 - 26 Cancer de la lèvre, (ablation), \$5.00
 - 27 Opération de l'ongle incarné, \$2 00
 - 28 Certificat ordinaire de santé, \$1.00
 - 29 Certificat d'assurance (pour un patient recevant des secours), 50 cts
 - 30 Opération du rein, 25 cts
 - 31 Vaccination, 25 cts.
 - 32 Réduction de luxation (en général), \$5.00 à \$10.00
 - 33 " " " fractures " " \$5.00 à \$25.00
 - 34 Amputation de doigt (soins extra) \$5.00
 - 35 Amputation d'un membre (soins extra) \$25.00 à \$50.00
 - 36 Extraction de kystes, lipômes, etc., \$2.00 à \$5.00
 - 37 Cancer du sein, \$10 00 à \$20 00
 - 38 Curetage de l'utérus, \$10.00
 - 39 Péri-éorrhaphie, \$15.00
 - 40 Hémorrhagie post-partum \$1.00 et plus.

Les médecins résidents dans les paroisses limitrophes du Comté de Portneuf seront libres d'agir à leur discrétion lorsqu'ils seront appelés dans les paroisses du comté voisin.

III

Les questions d'intérêt professionnel étant réglées à la satisfaction générale M. le Dr A. Delisle de la Pointe-aux-Trembles est invité à donner lecture de son travail préparé avec beaucoup de soin sur *l'Hygiène de la grossesse—Aseptie et antiseptie obstétricale.*

Après le Dr Delisle, M. le Dr Dolbec, de St-Casimir donne communication d'un travail très intéressant et très pratique intitulé : "*Eclampsie puerpérale.*"

Ces deux travaux, très bien faits, tant au point de vue pratique que scientifique et littéraire sont chaleureusement applaudis. Des remerciements sont unanimement votés aux Drs Delisle et Dolbec qui par leur

leur travail et leur bon exemple contribuent largement au progrès et au succès de la société. Il est résolu que ces deux travaux devront être envoyés au journal le *Bulletin Médical* pour être publiés.

Sur proposition du Dr Geo Paquin, les deux conférenciers choisis pour la prochaine réunion sont : M. le Dr Clovis Mayrand de Deschambault et M. le Dr A. Marcotte de St Basile.

M. le Dr E. Archambault propose, secondé par M. le Dr Dolbec que M. le Dr Samuel Alain de Batisseau soit nommé membre de la société. Adopté.

M. le Dr Voisard propose, secondé par le Dr Dolbec que la prochaine réunion ait lieu chez lui à St Alban, dimanche le 22 décembre prochain.

Adopté aux applaudissements de tous.

M. le Dr Lord de Lévis qui vient s'établir parmi nous, remplaçant à Deschambault notre ami le Dr A. Dufresne, est alors proposé comme membre de la société par le Dr Tuos. Savary. Accepté avec applaudissements.

Le président de l'assemblée, nous propose ensuite de nous rendre en corps chez le Président honoraire M. le Dr F. X. Mayrand pour le saluer et lui présenter nos hommages. Adopté.

• La séance se termine à 6½ heures du soir.

N. B. Visite chez le Président honoraire M. le Dr F. X. Mayrand.--

Il est bien difficile d'exprimer d'une manière satisfaisante, l'impression reçue en entrant dans la chambre de notre vénérable Président Honoraire, presque nonagénaire. A la vue de ce patriarche médical âgé de 86 ans, nous nous sentons émus et remplis de respect et de vénération.

Le vieux docteur peut reconnaître un certain nombre d'entre nous qu'il a connus autrefois.—

En serrant affectueusement les deux mains de ce bon vieux médecin d'autrefois, qui, en ce moment nous accueille en pleurant de joie et de douces émotions, nous pensons qu'aujourd'hui, nous sommes quinze médecins pour remplir les obligations multiples de la clientèle du Dr Mayrand il y a 55 ans !

C'est à-dire que sa pratique s'étendait des Grondines à la Pointe aux Trembles

Ce vénérable vieillard possède encore assez bien ses facultés intellectuelles. La paralysie agitante l'empêche de parler correctement, cependant il est capable de nous faire comprendre tout ce qu'il ressent de joie et de bonheur en voyant réunis autour de lui 13 confrères venant lui payer un

tribut d'hommage et de vénération. Nous avons passé un quart d'heure près de lui, mais craignant de le trop fatiguer, nous l'avons laissé avec la pensée et le désir que si Dieu nous accordait une semblable longivité, ce serait la plus belle récompense dont il pourrait gratifier le médecin de la campagne dont la vie est, il est vrai, remplie de contrariétés et de sacrifices, mais aussi a bien sa bonne part de douceurs et de joies vives.

Nous nous réjouissons mutuellement d'avoir l'honneur de posséder comme président honoraire, le plus vieux de tous les médecins de la Province de Québec. Que Dieu lui prête vie, car avec un tel modèle et si nous marchons sur ces traces, la S. M. du Comte de Portneuf ne peut que grandir et progresser en faisant bien

Cette 4ème réunion s'est terminée par un somptueux banquet donné par M- et Mme Dr Dufresne qui se sont multipliés pour nous être agréables et nous faire plaisir.

Le banquet a été suivi d'une soirée de musique, de chant et de conversation amicale.

Comme il ne peut y avoir de bonheur sans mélange, le départ a été doublement triste et sombre, car il nous fallait dire *Adieu!* à nos aimables Hôtes!

Bien que le Dr Dufresne vive estimé et heureux à Deschambault, il a été forcé d'accepter l'offre alléchante d'une clientèle beaucoup plus considérable à *Shawinigan*.

Le Dr Paquin propose la santé d'adieu et M le Dr Rousseau y répond dans un langage partant du cœur. Les belles paroles prononcées par le Dr Rousseau en cette circonstance ont trouvé un écho fidèle dans le cœur de tous les confrères présents.

En nous serrant la main avec émotion, M. le Dr Dufresne nous promet qu'il reste membre de la Société et que l'impossible seul pourra l'empêcher de venir de *là-bàs!* pour assister à toutes nos réunions futures.

Dr S. Geo. Paquin.

Sécretaire Trésorier.

Société Médicale de Montmagny.

La deuxième séance a eu lieu le 15 août dernier.

La discussion s'y est faite sur la composition actuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège Médical de la province, son efficacité durant ces trois dernières années, et sur le tarif médical.

Cette dernière question est assez difficile, car les dissensions entre confrères s'affirment plus nettement et plus gravement.

L'on constate avec regret que quelques médecins riches ou jouissant de certaines positions officielles leur donnant le pain quotidien, font de la *médecine à bon marché* pour tuer un confrère moins favorisé sous le rapport de la fortune.

On suggère d'entreprendre dans les journaux médicaux, une campagne contre cette conduite qui, jointe aux bas prix actuels en usage comme honoraires, met financièrement le médecin au dessous de certains métiers.

Cette question du tarif devrait être traitée bien souvent dans nos journaux de médecine.

Notre tarif est le seul qui, bon il y a cent ans, n'a pas suivi l'augmentation des prix des choses nécessaires à la vie.

A cette séance est aussi adoptée une motion, offrant nos vives sympathies à notre confrère, M. le Dr Bolduc, de St-Michel, dans le malheur qui vient de le frapper par la mort de sa digne épouse.

J. B. BLOUIN M. D.

Sec. Trésorier.

Le tarif médical devant nos sociétés de district.

Il est évident qu'on comprend aujourd'hui au sein de la profession que les médecins n'ont rien à attendre de la législature sur la question du tarif.— Le passé est là du reste pour nous détromper sur toute espérance qui pourrait rester à quelques-uns d'entre nous sous ce rapport.

Le seul moyen pratique est sans contredit, la marche suivie jusqu'à ce jour par les Sociétés Médicales de comté et de district. On remarque en effet que la première question dont les médecins s'occupent dans ces réu-

nions est celle du tarif médical.—Tout le monde en sent le besoin, chacun s'en plaint et cela depuis que le médecin est au monde. Il nous semble pourtant que c'est une chose assez facile à régler si tout le monde voulait y mettre un peu du sien. Le médecin est peut être, le seul des professionnels qui meurt pauvre et qui laisse sa famille trop souvent hélas ! dans la misère.— Nous ne craignons pas de dire que tous les médecins d'un même arrondissement sont quelque peu responsables de ce triste état de chose.

Si on se connaissait mieux, si on se supportait mieux, si, au lieu d'enlever à son voisin ce qui lui revient, on chargeait des honoraires plus dignes de la noble profession qu'on représente chacun vivrait mieux chez lui, et par là moins de froideur et plus de sympathies.—

Chacun connaît son pays, son terrain, mais une chose qu'on ne saurait nous ôter de l'esprit c'est qu'on travaille trop pour rien.—Après avoir passé la moitié de sa vie à se préparer à l'art de la pratique médicale, on gaspille l'autre moitié à travailler pour rien ou à peu près.—La grande preuve se trouve dans les tarifs qu'on nous envoie depuis quelque temps, pour publication.—

Nous avons tenus à les publier tous pour servir d'exemple aux autres après commentaires. Que nos amis nous permettent donc de leur dire que si leur famille compte sur ce tarif pour honorer leur mémoire, ils seront certainement vite oubliés, pour ne pas dire plus.—

Nous demanderions donc à tous ceux de nos confrères auxquels le *Bulletin Médical* s'intéresse tout particulièrement de reconsidérer leur tarif et de charger des honoraires plus en rapport avec le rang social qu'ils sont obligés de tenir et des services qu'ils rendent en réalité.

De tous les tarifs qui nous ont été adressés, nous considérons qu'il n'y en a qu'un seul qui mérite d'être cité comme exemple aux autres. *C'est celui de la Société Médicale du comté de Shefford* que nous avons publié récemment. Celui là au moins permettra à celui qui saura s'en servir de vivre honorablement et laisser à sa famille sinon la richesse, du moins une douce aisance.

Nous ne saurions trop féliciter M. le Dr D. Pagé, récemment élu gouverneur de ce même district, ainsi que tous ses confrères qui l'ont aidé dans cette œuvre d'avoir su toucher la note juste pour le plus grand bien des siens et pour tous ceux qui sauront marcher sur leur trace.

Dr C. R. P.

NOUVELLES

On nous apprend pour la semaine prochaine le mariage de notre sympathique confrère le Dr Alfred Morissette de Ste Hénédine, avec Mademoiselle Vézina, fille de notre concitoyen M. Adolphe Vezina de Québec. Nous les prions de croire à nos meilleurs vœux pour leur bonheur ; Nous osons espérer de plus que la vie douce et paisible que notre ami va goûter à l'avenir, lui inspirerons quelques articles pour le *Bulletin Médical*.—

* * *

Nous apprenons que le Dr J. A. Dufresne de Deschambault s'en va se fixer à Shawingan dans une quinzaine et qu'il a cédé sa propriété à M. le Dr P. Lord de Lévis, lequel ira prendre immédiatement possession de son poste.

A tous les deux nous souhaitons plein succès.

* * *

Il nous fait plaisir d'annoncer que le P. Lord de Lévis, lors de la dernière convention triennale de la Haute Cour de la province de Québec de l'ordre des Forestiers indépendants a été élu Haut Médecin de la province de Québec.

Nos félicitations les plus sincères.—

AVIS.—La prochaine assemblée de la Société Médicale de Québec aura lieu le 25 Octobre. Par ordre, R. Fortier *secrétaire*.

AVIS IMPORTANT.— A partir de ce jour tout ce qui regarde l'administration et la rédaction devra être adressé : " BULLETIN MÉDICAL, No 392 rue St-Jean, Québec.
