

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine, Chirurgie,
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE
AU CANADA.

FONDÉE EN 1872

TOME XXXX

CONTENANT LES TRAVAUX DE MM.

ARCHAMBAULT, BEAUDRY, BOURGEOIS, DECOTRET, DEROME, DESJARDINS,
DUBÉ, GAGNON, GRENIER, JOYAL, LACHAPPELLE (E.P.), LAURENDEAU, LE-
SAGE, MARIEN, MERCIER (A.), NADEAU, ST JACQUES, VERNER.

DIRECTEURS—PROPRIÉTAIRES

MM. LES DOCTEURS :

Boulet, Officier de l'Instruction Publique, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin en chef des services d'Ophtalmologie, de Rhinologie-d'Otologie et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique, Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Dubé, Officier de l'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Ste-Justine, Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

De Lotbinière-Harwood, Professeur de Gynécologie à l'Université Laval, Surintendant de l'Hôpital Notre-Dame, Membre de la Société d'Urologie, de Paris.

Hervieux, Professeur de Pathologie interne à l'Université Laval, Montréal, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

LeSage, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur suppléant à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame (Rédacteur en chef).

Marien, Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval, de Montréal, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Membre de la Société Anatomique de Paris.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

L'Union Médicale du Canada paraît le 1er de chaque mois par fascicules de 64 pages, formant, chaque année, un volume de 800 pages environ.

RIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis.....	\$2 00
Pour les pays faisant partie de l'Union postale (Etranger).....	2.50
Etudiants	1.00

Payable d'avance par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur LESAGE, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T. VALIQUETTE, 1225, rue Huntly, Montréal, ou Boîte Postale No 2189.

SOUHAITS

❁ 1911 ❁

L'Union Médicale du Canada adresse ses meilleurs souhaits à tous ses amis, ses collaborateurs, ses lecteurs et ses annonceurs.

Nous nous efforcerons, comme par le passé, de satisfaire les uns et les autres tout en suivant la ligne de conduite que nous nous sommes tracée en prenant la direction de cette Revue.

La Direction

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
40, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XL

1er JANVIER 1911

No 1

MEMOIRES

COMMENT DIMINUER LA MORTALITE INFANTILE (1)

(fin)

Par le Dr GAGNON,
Agrégé à l'Université Laval.

1° Le local, l'ancienne salle publique du conseil municipal de la ville St-Louis a été gracieusement mis à notre disposition par le maire et les contrôleurs de Montréal.

2° Le matériel consiste:

a) en une balance pèse-bébé dont le panier est remplacé par une plate forme toise, qui permet d'enregistrer, en même temps que le poids, la taille des bébés.

b) une fiche, simple carte où sont notées les indications les plus importantes telles que: No du registre, le nom, l'âge, poids, etc., avec en plus toute une série d'espaces en blanc pour enregistrer la pesée de chaque semaine ainsi que le régime de certaines observations. Cette fiche est faite en double dont une reste à la consultation et l'autre est remise à la mère.

c) un registre où sont consignées au jour le jour tous les détails concernant le bébé, alimentation, nutrition, état de santé, antécédent, héréditaire et personnel, régime diète et traitement s'il y a lieu.

(1) Voir la première partie dans *Union Médicale*, Déc. 1910.

Tous les enfants lors de leur admission reçoivent un numéro d'ordre, et leur observation est enregistrée à la page du registre qui correspond au numéro de la carte.

À ce sujet je dois faire remarquer que les registres seraient très avantageusement remplacés par un système de cartes dont la première comporterait un petit questionnaire assez détaillé, à la façon des blancs d'examen des compagnies d'assurance. Ce qui simplifierait considérablement la tâche du médecin de service et rendrait uniforme l'histoire de chaque enfant. Les autres observations hebdomadaires et quotidiennes seraient prise sur d'autres cartes laissées en blanc, portant simplement l'entête de l'institution et dont on pourrait annexer au dossier spécial de chaque enfant tel nombre qu'il serait nécessaire.

Trois tables et quelques chaises complètent le matériel.

Pour ce qui concerne l'organisation du service médical, je dois faire remarquer dès à présent que cette œuvre était une œuvre exclusivement paroissiale nous avons cru devoir faire un appel à tous les médecins de la paroisse. Les $\frac{3}{4}$, c.-à-d. 15 ont répondu à l'appel et ont généreusement fourni leur concours. (1) Durant les mois d'été, alors que l'affluence était plus grande, nous avons cru devoir appeler 4 médecins pour faire le service simultanément, la durée du service étant de 15 jours pour chacun d'entre eux, et afin d'assurer une direction plus uniforme, nous avons réparti les médecins en 2 comités, renouvelables toutes les semaines par moitié, le nouvel arrivé devant consacrer la 1^{ère} semaine pour s'initier au service. Ce service est quotidien.

Tous les enfants inscrits sont supposés venir au pesage au moins une fois par semaine.

Nous acceptons à la consultation tous les enfants qui se présentent, pourvu qu'ils n'aient pas plus d'un an, ou le développement d'un enfant d'un an.

La consultation se limite aux conseils à donner pour assurer une alimentation rationnelle du nourrisson, et au traitement des maladies du tube digestif qui résultent directement des erreurs d'alimentation : dyspepsie, gastro-entérite, athrepsie, atrophie, ra-

(1) Ce sont MM. les Docteurs Polquin, président, A. Rouleau, Vice-Président, Eug. Gagnon, Sec.-Trés., P. DelVecchio, Ass.-Sec., Miller, Gauvreau et Prince, membres du comité, et MM. Beauchamp, Demers, Dufresne, Langvin, Leprohon, Peltier, Théoret et Verschelden.

chitisme. A plusieurs reprises nous avons renvoyé à leur médecin de famille des enfants qui souffraient d'autres troubles que ceux indiqués plus haut. Il est admis aujourd'hui par tous les pédiatres les plus distingués, que le meilleur moyen de se rendre compte du développement physique du nourrisson, réside dans l'usage des pesées hebdomadaires. Au cours de ces dernières années on a aussi attiré l'attention sur l'importance qu'il y a à prendre la taille de l'enfant concurremment avec la pesée, car il est admis aussi que chez le nourrisson alimenté artificiellement surtout, la croissance se fait par poussées, avec des intervalles d'arrêt plus ou moins prolongées. De sorte que, si à un moment donné le poids devient stationnaire, il n'y a pas lieu de s'alarmer, à condition que la taille aussi demeure stationnaire, et dans ces conditions la quantité d'aliments ne saurait être augmentée sans risquer de produire de la suralimentation. Mais d'autre part si l'équilibre entre ces deux facteurs poids et taille est rompu, il faut craindre soit la suralimentation et tous les troubles qui en sont la conséquence si le poids augmente alors que la taille reste stationnaire, et dans le cas contraire il faut redouter l'atrophie pondérale et donner au nourrisson un régime plus généreux.

Aussi pour faciliter le travail des confrères dans leur pratique privée, nous avons cru bon d'établir une série spéciale où peuvent s'inscrire tous les enfants qu'on ne veut pas amener pour la consultation proprement dite. Ces enfants de la série spéciale sont reçus par la garde-malade qui les pèse aussi souvent qu'on nous les amène, autant que possible toutes les semaines avant 6 mois et 2 fois par mois passé cet âge. Le poids et la taille sont inscrits en double sur les cartes du dispensaire; nous remettons une de ces cartes à la mère, nous gardons l'autre afin de pouvoir refaire celle de la mère au cas où celle-ci aurait égaré la sienne. Nous espérons de cette façon faire œuvre utile et agréable aux médecins qui d'un seul coup d'œil pourront se rendre compte des progrès réalisés par le nourrisson.

Nous croyons aussi que le médecin y trouvera double profit: le profit scientifique et l'autre... le profit pécuniaire qui ne doit pas nous laisser indifférents. Car le jour où nous aurons réussi à prendre sur nos mères de famille un ascendant assez puissant pour les amener à faire chaque semaine le petit sacrifice du dé-

placement pour la pesée, ce jour-là nous serons assurés qu'à la moindre alerte signalée par la balance et la toise, la mère aura recours à nos lumières et qu'elle n'osera pas prendre sur elle de faire tous les savants traitements suggérés par son entourage. Ce jour-là aussi nous aurons réalisé l'idéal que nous poursuivons, et qui est celui-ci : Nous voudrions que tout enfant canadien-français, après sa visite à l'église pour le baptême, passe par la consultation pour qu'on y enregistre son poids et sa taille exacte, et qu'ensuite ce poids et cette taille soient enregistrés chaque semaine.

Les enfants des pauvres et des petits salariés recevraient en même temps la direction médicale pour tout ce qui concerne l'allaitement, les autres entreraient dans la série spéciale. J'insiste pour que cet enregistrement ait lieu le plus tôt possible parce qu'il ne faut pas perdre de vue que c'est le départ dans la vie qui est le plus difficile, et si nous voulons faire une génération forte et vigoureuse il faut que l'influence de ce contrôle médical se fasse sentir dès les premiers jours. Ce n'est pas quand l'enfant est malade qu'il faut l'amener à la consultation, c'est pendant qu'il est en santé afin de l'empêcher d'être malade. C'est là l'idéal que nous voudrions atteindre, mais de la conception à la réalisation il y a loin. A notre consultation de la paroisse St-Enfant-Jésus, c'est tout l'inverse qui est arrivé jusqu'à présent ; on nous a amené surtout des enfants malades, et en général on a négligé de nous les apporter aussitôt qu'ils étaient bien portants. Il n'y a que ceux qui ont continué à s'approvisionner de lait à notre goutte de lait que nous avons revus plus souvent. Car une des conditions pour obtenir du lait c'est de se présenter régulièrement au pesage. Cette apathie de la part des mères dont nous nous plaignons, nous ne sommes pas les seuls à la déplorer.

Toutes les consultations de nourrissons éprouvent ces mêmes difficultés et nous ne faisons que redire avec M. Cassan que la plupart des mères ne comprennent généralement pas du tout l'intérêt qu'il y a à venir faire peser et faire examiner régulièrement leur enfant. Il faut souvent au début les attirer par l'appât de quelques avantages matériels, soit en argent ou en nature. Il ne faut pas non plus se faire illusion sur l'utilité des brochures concernant l'hygiène et l'allaitement des nouveaux-nés.

Un bon nombre ne les liront pas, et la plupart de celles qui les

lisent n'en tiennent pas compte ou ne sont pas en état d'en comprendre la portée. Ce n'est que peu à peu et à force de taper sur le même clou que le médecin arrive à forcer la conviction des mères sur la manière dont elles doivent pratiquer le nourrissage depuis la naissance de l'enfant jusqu'au-delà du sevrage. En France, dans les maternités où les mères sont astreintes à régler leur nourrisson et peuvent en apprécier tous les avantages on est surpris de voir comment peu, après leur sortie, continuent à suivre ces premiers conseils.

Nous sommes portés à croire que si les indications du médecin ont si peu de prise sur l'esprit des mères, c'est qu'elles viennent trop tard alors que ces dernières sont déjà imprégnées des préjugés de leur entourage.

Il faudrait que ces notions d'hygiène infantile leur eussent été inculquées, à l'école même à l'âge où le cerveau malléable de l'enfant garde généralement les empreintes qu'il a reçues.

Le jour où les mères comprendront la nécessité de l'hygiène alimentaire, elles viendront toutes à la consultation, et avec un état d'esprit qui facilitera considérablement le travail du médecin et ce jour le problème de la mortalité infantile sera résolu.

Je vous ai signalé en passant que, en outre de la consultation nous faisons aussi la distribution du lait.

Nous avons adopté pour cette distribution du lait la méthode suivie par Variot à la goutte de lait de Belleville. Cette méthode inaugurée par Variot en 1893 diffère complètement de celle suivie par Dufour à Fécamp, qui fut, vous le savez, le fondateur des gouttes de lait. Le procédé de Dufour consiste à préparer pour chaque enfant, tous les jours avec du lait bien frais dont on contrôle la provenance; un panier contenant autant de bouteilles que l'enfant fera de repas dans la journée. Suivant le besoin de l'enfant auquel il est destiné, ce lait est pur ou bien coupé à différents titrages les bouteilles sont bouchées soigneusement, et le tout est stérilisé au siège même de la goutte de lait, puis distribué aux enfants.

Ce système a de grands avantages; il a aussi ses inconvénients. L'un des premiers inconvénients est d'exiger une installation et un personnel dispendieux pour en assurer le fonctionnement. Mais il a pour avantage d'éviter toute manipulation à la mère qui n'a

qu'à ajuster la tétine sur la bouteille, la faire chauffer un peu et la donner au bébé.

Variot, de son côté, compte sur la mère pour la propreté des bouteilles ainsi que pour l'entretien des tétines et le coupage du lait. Il se contente de délivrer à la mère du lait stérilisé industriellement en bouteille de $\frac{1}{2}$ litre pour que la bouteille une fois ouverte soit vite épuisée, et il donne à la mère tous les renseignements nécessaires pour la préparation des repas de l'enfant. De cette façon, dit-il, la mère qui s'imagine que la ration prescrite est insuffisante, a au moins à sa portée un aliment choisi qu'elle puisse donner. Tandis que si les repas comme nombre et comme quantité sont rationnés d'avance, vous risquez de voir l'enfant absorber, outre la nourriture parfaite que vous lui distribuez, un autre aliment qui détruira tous les bons résultats que vous étiez en droit d'attendre.

Lors de notre fondation notre budget était modique (il l'est encore davantage à l'heure présente) et nous avons adopté le procédé le plus économique qui est celui de Variot. Le lait que nous distribuons est le lait *Laurentia*. Lait homogénéisé et stérilisé industriellement à l'autoclave, et qui nous est livré 2 à 3 fois la semaine suivant nos besoins. Ce lait homogénéisé et stérilisé nous est fourni sous deux formes différentes : lait spécial ou lait maternisé et lait ordinaire.

Nous avons aussi fait stériliser du babeurre qui, dans certains cas difficiles, nous sert d'intermédiaire entre la diète aux céréales et le lait.

Nous croyons pouvoir affirmer que les résultats obtenus sont des plus encourageants. Je vous convaincrai davantage en vous citant quelques chiffres.

Date de l'ouverture, 5 juillet, par conséquent nous existons depuis 16 semaines exactement :

Durant ce temps nous avons donné 560 consultations à 124 enfants, la plupart malades lors de leur inscription. Sur ce nombre, 24 étaient allaités par leur mère, et 23 recevaient l'allaitement mixte, les autres étaient nourris un peu de toute façon.

Nous avons distribué au-delà de 2000 bouteilles de lait. Nous avons essayé de retracer tous les décès qui se sont produits et jusqu'à présent nous n'en avons enregistré que 9, soit 72 pour 1000.

Grâce à une heureuse initiative de M. le chanoine LePailleur, qui, depuis de nombreuses années conserve sur les talons de ses permis de sépulture ecclésiastique une copie du certificat de décès, nous avons pu faire les relevés statistiques de la paroisse depuis janvier 1904 jusqu'à date.

A cause des démembrements successif qui ont eu lieu durant ces dernières années, le chiffre de la population de la paroisse a bien peu varié. Les estimations les plus approximatives donnent un chiffre d'environ 11,000 pour la paroisse St-Enfant-Jésus.

De son côté, le chiffre des naissances a peu varié: 460 en 1904, 514 en 1908 comme minimum et maximum, avec une moyenne de 488 au cours des 6 années de 1904 à 1909, soit une moyenne de 40,6 par mois.

Durant les 9 premiers mois de 1910 nous comptons aussi 363 naissances, soit une moyenne de 40,3 par mois, et pour une population de 11,000 un taux de 44,33 pour 1000, taux qui est sensiblement le même que celui de la natalité des canadiens-français dans la ville de Montréal, qui en 1909 était de 42,37 pour 1000.

Connaissant le chiffre total des naissances durant les 6 dernières années ainsi que le chiffre total des décès de toutes causes, le nombre total des décès de 0 à 5 ans, et le nombre total des décès par gastro-entérite de 0 à 2 ans.

Connaissant aussi tous ces chiffres pour les 9 premiers mois de 1910, nous avons dressé le tableau suivant qui parle par lui-même. Les chiffres indiqués dans ce tableau pour ce qui concerne la gastro-entérite en 1910 ne rendent pas complètement justice à l'année courante, parce qu'ils comprennent les 3 mois où cette maladie a fait le plus de victimes.

TABLEAU

Statistiques de la Paroisse St-Enfant-Jésus de Montréal.

		Minimum	Maximum	Moyenne
Taux des décès de toutes causes comparés au total des naissances.	{ 6 ans, 1904 à 1909	55.4%	78.5%	63.5%
	{ 9 mois, 1910	64.7%	64.7%	64.7%
	{ + ou - + 9.3	+13.7	+ 0.8	
Taux des décès de 0 à 5 ans comparés au total des naissances.	{ 6 ans, 1904 à 1909	33.4%	48.2%	40.5%
	{ 9 mois, 1910	34.9%	34.9%	34.9%
	{ + ou - en 1910 + 1.5	-13.3	- 5.6	

		Minimum	Maximum	Moyenne
Taux des décès par gastro-entérite de 0 à 2 ans comparés au total des naissances.	6 ans, 1904 à 1909	12.6%	20.9%	16%
	9 mois 1910	10%	10.	10%
	+ ou - en 1910	2.6	-10.9	6.
Taux des décès de 0 à 2 ans comparés à la mortalité générale.	6 ans, 1904 à 1909	57.3%	72.4%	63.9%
	9 mois 1910	54.	54.	54.
	+ ou - en 1910	3.3	-18.4	9.9
Taux des décès de 0 à 2 ans par gastro-entérite comparés à la mortalité générale.	6 ans, 1904 à 1909	20.73%	27.55%	24.92%
	9 mois 1910	16.11	16.1	16.11
	+ ou - en 1910	4.62	-11.44	-8.81
Taux des décès par gastro-entérite 0 à 2 ans comparés aux autres causes décès 0 à 5 ans.	6 ans, 1904 à 1909	31.9%	39.6%	36.9%
	9 mois 1910	27.1%	27.1%	27.1%
	+ ou - en 1910	4.8	-12.5	9.8

Nombre de décès 0 à 2 ans par gastro-entérite en juillet, août, sept., et octobre, de 1904 à 1909.

Année	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Moyenne
1904	22	14	2	4	10.5
1905	22	19	12	3	14
1906	24	15	12	12	15.7
1907	25	13	6	8	13.5
1908	9	14	14	4	12.2
1909	14	13	16	22	16.2
Moyenne	19.3	14.6	10.3	9	13.3
1910	12	8	1	4	6
Diminution en 1910	37%	45%	90%	55%	53%

Relevé de l'âge et du poids des enfants inscrits à la consultation, qui ont succombé.

No du registre	Age	Poids à la naissance	Poids lbs	actuel onces
1	7 mois	12 lbs	7	15
15	3 —	7 —	6	13
36	2 —	11 —	7	3
3a	4 —	6 —	5	8
15a	7 —	6 —	10	
16a	3 —	7 —	12 onces	6
24a	11 —	7 —	7	3
43a	4 —	7 —	8	14
58a	12 —	9 —	10	4

Ces chiffres nous démontrent que le pourcentage des décès comparés aux naissances a été un peu plus élevé cette année que la moyenne des 6 dernières années. Mais ce pourcentage aurait-il été de 74,17, si nous n'avions réussi à diminuer le pourcentage

des décès par gastro-entérite de 25,5 à 16,1, et nous aurions eu à déplorer une des années les plus funestes au point de vue de la léthalité.

Le second tableau met en évidence tout ce que peut faire une direction médicale judicieuse basée sur une alimentation rationnelle et un bon lait. Si nos efforts ont été moins fructueux en juillet c'est qu'ils sont venues un peu tard alors que le nombre des enfants infectés était considérable et notre œuvre peu connue.

Le mois de septembre en particulier nous offre des résultats absolument remarquables; il donne aussi toute la mesure de nos succès, parce que nous avons alors le temps d'atteindre un plus grand nombre de familles, et notre œuvre d'éducation était en mesure de porter plus de fruits.

D'un autre côté, si nous considérons le nombre de décès enregistrés chez les enfants de notre consultation presque tous malades lors de leur admission, le chiffre de 9 décès sur 124 inscriptions, soit 7,2% est relativement minime comparé au pourcentage des décès par gastro-entérite de 0 à 2 ans par rapport aux naissances qui dans la paroisse était en moyenne de 16% au cours des 6 dernières années, soit une diminution en faveur de l'année courante de 8,8 soit plus de 50 pour cent.

Aussi nous osons croire que ces résultats si heureux ne sont pas seulement l'effet du hasard, et que nous avons lieu d'être satisfaits de nos premiers essais. Notre organisation va se perfectionner, nous espérons pouvoir en faire une œuvre permanente de manière à atteindre le mal à son origine même, et le combattre plus efficacement.

Si nous avons un vœu à émettre ce serait de voir une organisation semblable se faire dans chacune de nos paroisses, et je ne craindrais pas d'affirmer qu'avant dix ans le problème de la mortalité infantile par gastro-entérite serait résolu.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LA MEDICATION D'EHRlich (1)

Note de la Rédaction. — Le travail que nous publions est le plus complet qui ait été fait sur cette importante question du "606". Nous engageons nos lecteurs à le lire en entier, tel que "606".

L'auteur a tout prévu et bien observé. Ses conclusions sont claires et découlent naturellement de son magnifique exposé, dont nous le félicitons.

L'étude de la syphilis a fait, dans le cours de ces dernières années, des progrès considérables.

Nous connaissons, depuis la découverte de Schaudinn et Hoffmann, son agent pathogène; avec Metchnikoff et Roux nous avons appris l'inoculation au singe, répétée depuis sur le lapin et même sur le cobaye. Wassermann enfin a doté la science d'un procédé de diagnostic et de contrôle extrêmement précieux.

Grâce à ces importantes découvertes, la syphilis appartient désormais au domaine expérimental, et ainsi se trouve ouvert à l'activité des syphiligraphes un champ immense. Dans ce domaine nouveau, Messieurs, d'importants travaux ont été entrepris. Ceux qui ont visé le perfectionnement de la thérapeutique actuelle de la syphilis ont donné déjà d'heureux résultats, et il semble bien que nous possédions avec le nouveau médicament d'Ehrlich un remède d'une merveilleuse efficacité.

La médication nouvelle, Messieurs, dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui, est basée sur deux principes :

1° Traitement de la syphilis par des doses médicamenteuses massives;

2° Emploi d'un agent nouveau, dérivé organique de l'arsenic.

L'attaque vigoureuse de l'infection syphilitique dès son apparition a bien été tentée avec les mercuriaux. MM. Jullien et Duhot entre autres se sont efforcés, le premier avec les injections si actives de calomel, le second avec les injections massives d'huile

(1) Par M. Emery, médecin de Saint-Lazare, Paris (France) dans *Bulletin de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*, Oct. 1910.

grise, d'attaquer énergiquement l'infection syphilitique dès son début.

Nous-mêmes n'avons cessé de proclamer que, pour notre part, nous étions convaincu qu'une cure intensive de la syphilis naissante donnerait pour l'avenir une garantie beaucoup plus efficace que l'institution d'un traitement de faible ou moyenne intensité éparpillé sur un certain nombre d'années!

Mais l'effet abortif que nous visions n'était qu'imparfaitement atteint, parce que la toxicité des préparations mercurielles ne nous permettait pas de dépasser certaines limites de doses. Néanmoins, cette attaque de la syphilis par des cures mercurielles intensives a donné d'excellents résultats. L'idée donc de concentrer pour ainsi dire tous ses efforts thérapeutiques sur la maladie dès les premières heures de son apparition était adoptée par beaucoup de syphiligraphes. La nécessité de recourir à cette méthode est actuellement démontrée scientifiquement par les belles expériences de Neisser sur les singes et par celles d'Ehrlich.

L'emploi de l'arsenic comme agent thérapeutique de la syphilis date déjà de quelques années. Depuis longtemps, on connaît les bons effets de l'arséniat et du cacodylate de soude comme adjuvants de la cure mercurielle. L'application à la syphilis d'une médication arsenicale spécifique est par contre toute récente.

Salmon le premier l'a employée en 1907 avec l'atoxyl, dont vous connaissez la fortune. Milian obtint également de bons résultats avec l'emploi de l'arséniat de soude. — MM. Monneyrat et Balzer, l'année suivante, expérimentèrent l'hectine, produit moins dangereux que l'atoxyl, auquel ils durent d'incontestables succès. Mais toutes ces préparations sont loin d'avoir la valeur thérapeutique de l'arsenobenzol.

Le nouveau produit d'Ehrlich, le dioxydiamidoarsénobenzol, est en quelque sorte l'aboutissant d'une longue série de dérivés arsenicaux expérimentés tour à tour dans le laboratoire de Francfort, tant au point de vue de leur toxicité que de leur action thérapeutique, sur des animaux inoculés de spirilloles ou de syphilis expérimentales.

— Pour vous convaincre des résultats obtenus par l'emploi du "606", je pourrais, comme je l'ai déjà fait dans une précédente

brochure, vous énumérer les centaines, j'allais dire les milliers de cas que j'ai pu suivre dans les hôpitaux étrangers.

Mais je prévois déjà votre objection, et ce serait avec raison que vous me reprocheriez de vous parler de malades que je n'ai pas suffisamment suivis.

Aussi, je crois préférable de vous entretenir uniquement aujourd'hui des cas traités et suivis de jour en jour dans nos hôpitaux, sous le contrôle des chefs de service, ou à l'infirmerie de Saint-Lazare. Avant d'aborder devant vous l'étude des résultats cliniques, permettez-moi de vous exposer en quelques détails les divers modes d'administration du médicament.

I. — Technique.

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur la description de la méthode de Wechselmann, légèrement modifiée, suivant leurs conventions, par les expérimentateurs allemands et par M. Zépin et moi, et telle que nous l'avons décrite dans le numéro de *la Clinique* du 16 septembre 1910.

J'estime, en effet, que ce mode de préparation, qui consiste à injecter une suspension aqueuse neutralisée de la préparation, a vécu.

Presque tous les spécialistes allemands l'ont abandonné, et Ehrlich lui-même le condamne de la façon la plus formelle.

Cette méthode avait pour avantage incontestable de n'être pas douloureuse au moment de l'injection même, mais elle le devenait presque inévitablement au bout de trois ou quatre jours; de plus, elle présentait un certain nombre d'inconvénients qui sont les suivants: d'abord elle pouvait présenter localement l'inconvénient grave de déterminer des phénomènes de sphacèle. Nous avons pu nous-mêmes parer à cet inconvénient, en divisant les doses pour les injecter en plusieurs points en évitant tout particulièrement de pousser l'injection dans le derme ou dans le fascia lata. En fin de compte, nous avons adopté la méthode d'Herxheimer, qui consiste à injecter 1 centimètre cube d'huile d'olive à travers l'aiguille préalablement fixée immédiatement avant et après l'injection de la suspension aqueuse. Or, si nous avons pu éviter les phénomènes de sphacèle, nous avons dû subir souvent le principal inconvénient de cette technique, qui est l'enkystement total ou

partiel. Chez quelques-uns de nos malades a persisté pendant plusieurs semaines une tumeur volumineuse ne tendant aucunement à la résorption et attestant d'une façon irrécusable l'enkystement de la préparation. Cette résorption insuffisante est responsable, comme je l'ai pensé les premiers jours, et comme Ehrlich l'a exprimé formellement dans la suite, d'après les rapports qu'il a reçus à ce sujet, des échecs partiels ou totaux subis par sa méthode.

Dans les cas les moins favorables en effet, il y a, dans les premiers jours qui suivent l'injection, une amélioration provoquée par l'absorption d'une petite quantité de médicament, mais l'action curative du remède semble s'arrêter ensuite et ne plus agir qu'avec une lenteur extrême, n'achevant point parfois son œuvre réparatrice et permettant même des retours offensifs de la maladie.

L'injection intra-musculaire de cette suspension est incontestablement mieux absorbée, mais les risques de sphacèle persistent, et ceux-ci sont d'autant plus graves que l'injection a été faite plus profondément.

Pour cet ensemble de raisons, je conclus donc, d'après ma propre expérience, et d'après ce que j'ai vu chez mes collègues de France et de l'étranger, au rejet définitif de la méthode en suspension aqueuse de Wechselmann.

Par quoi devons-nous la remplacer? Me conformant aux conseils d'Ehrlich qui a contralisé les résultats obtenus par l'emploi des différentes méthodes, je conclus: 1° à l'*injection intra-veineuse*, ou 2° à l'emploi de l'*injection solubilisée, alcaline ou acide* ou mieux encore à la combinaison de ces deux méthodes administrées consécutivement à quelques jours ou à quelques semaines de distance suivant la gravité des accidents à combattre et la constitution physique du malade.

I. — Injection intra-veineuse. — L'injection intra-veineuse de "606" est constituée par la solution dans un excès de soude, après qu'une première dose d'alcali a fait passer la préparation par un stade de précipitation.

Dans une éprouvette à pied de contenance suffisante, on fait la solution de "606": 50 centigrammes par exemple, dans 20 centimètres cubes d'eau chaude; on verse cette solution dans un matras à fond plat contenant 200 centimètres cubes de sérum phy-

siologique préalablement chauffé; à ce mélange enfin on ajoute 20 centimètres cubes de solution de soude à 8 grammes de NaOH par litre.

Cette solution représente donc de la solution normale de soude additionnée de quatre fois son poids d'eau. L'on obtient ainsi une solution qu'on emploie de deux manières, soit en la versant, comme le fait Schräber, parce qu'il ne nécessite pas la présence d'un aide pour maintenir l'aiguille en place dans la veine pendant que l'opérateur fait manœuvrer le piston de la seringue.

Malheureusement toutes ces manipulations nécessitent des transvasements multiples à ciel ouvert, qui ne permettent point une asepsie parfaite. De plus, cette méthode comporte l'emploi de trois appareils en verre volumineux, qui ne sont pas d'un transport et d'une stérilisation faciles.

J'ai cherché à réaliser un appareil mieux adapté aux besoins du praticien, réalisant les conditions d'asepsie nécessaires et évitant d'aussi nombreux transvasements. Pour cela, je me sers :

a) d'un récipient à robinet bouché à l'émeri, d'une contenance de 60 centimètres cubes, avec quelques billes de verre dans l'intérieur;

b) d'une ampoule contenant du coton filtrant; une de ses extrémités peut recevoir la douille inférieure du récipient précédent; l'autre est suffisamment effilée pour pouvoir pénétrer dans le tube d'une ampoule de sérum physiologique;

c) d'une éprouvette, graduée de 0 à 40 centimètres cubes, fermée par un tube de caoutchouc, effilée à l'autre extrémité munie d'un robinet, cette dernière destinée à contenir la solution de soude.

Je verse dans l'ampoule à robinet le " 606 ", auquel j'ajoute 20 centimètres cubes d'eau stérilisée chaude. L'agitation facile par les billes de verre détermine rapidement la solution. J'ajoute 20 centimètres cubes de solution de soude à 8 grammes pour 1000 et une nouvelle agitation me donne la solution injectable.

J'adapte alors à la douille du robinet l'ampoule filtrante, dont l'extrémité effilée est introduite dans le tube ouvert d'une ampoule de sérum quelconque, d'une contenance de 200 centimètres cubes et dans laquelle il restera au vide suffisant pour permettre l'agitation. En ouvrant le robinet du premier récipient, je fais passer dans l'ampoule toute la solution filtrée, et je fais suivre l'écoule-

ment de cette solution de celui d'une dizaine de centimètres cubes d'eau stérilisée, pour obvier à toute perte. J'enlève alors la petite ampoule, et j'adapte au tube de caoutchouc muni de deux indicateurs en verre, et armé à son extrémité d'un embout métallique conique, lequel vient s'adapter exactement dans l'armature de l'aiguille. Celle-ci, longue de 2 centimètres, à *biseau court*, est introduite horizontalement dans la veine et poussée dans la lumière du vaisseau suivant son grand axe.

Schrœber choisit la plupart du temps une veine de l'avant-bras située en dehors du coude, afin que la mobilité ne soit pas éventuellement gênée par une infiltration possible.

Si la veine est blessée, ou si l'aiguille en sort, on voit de suite se former une voussure et les malades se plaignent d'une sensation de brûlure. On retire alors l'aiguille, on enlève la ligature du bras et on laisse saigner convenablement pour empêcher la production d'une infiltration.

Lorsqu'on est bien dans la veine, on laisse s'écouler quelques gouttes de liquide par le tube, puis on fixe son embout métallique dans le chaton de l'aiguille. Il faut, dès le début de l'injection, donner aussi peu de pression que possible, et contenir l'arrivée du liquide en prenant le tube de caoutchouc entre deux doigts, de façon à arrêter immédiatement la manœuvre si un léger gonflement se produit et si le malade accuse la moindre douleur. Il résulterait de cette fausse manœuvre un état inflammatoire de la région infectée qui gênerait le malade, sans cependant compromettre les fonctions du membre. Une bonne précaution, indiquée par Schrœber, consiste à injecter préalablement quelques centimètres cubes de sérum artificiel avec une seringue stérilisée, pour s'assurer que l'injection ne sera pas faite dans le tissu péri-veineux.

On laisse alors l'ampoule vider son contenu — 5 ou 6 minutes sont nécessaires pour l'absorption de la totalité du liquide — j'ajoute qu'il est bon de chauffer l'ampoule au bain-marie et de faire passer le tube dans un récipient rempli d'eau chaude, comme c'est l'usage d'ailleurs.

L'injection étant terminée, c'est-à-dire au moment même où le liquide arrive au niveau du dernier indicateur, l'on retire l'aiguille rapidement, en comprimant légèrement avec le doigt, puis on obture la petite plaie avec un morceau d'emplâtre adhésif.

Les malades n'éprouvent aucune gêne locale, et les expérimentateurs allemands, qui ont déjà employé ce procédé plusieurs centaines de fois, sont unanimes à déclarer que cette méthode n'a occasionné aucun accident sérieux. Dans un très petit nombre de cas seulement on a signalé un peu de malaise, des vomissements, de la diarrhée. Il existe parfois aussi un peu de céphalée et d'abattement au moment de l'élévation de la température. Celle-ci apparaît chez la plupart des malades quelques heures après l'injection et elle atteint de 30° à 40°, rarement plus; elle disparaît en général après quelques heures, et dure rarement jusqu'au jour suivant.

Les avantages de cette méthode intra-veineuse sont indubitables. D'abord, à part le léger malaise et la fièvre du premier jour, elle épargne aux malades les douleurs vives et parfois extrêmement prolongées que leur font subir les injections d'émulsion. De plus, elle est incontestablement active, aussi active sinon plus que les autres méthodes, et n'expose pas aux mécomptes dus à l'insuffisance de résorption que nous avons signalés plus haut. Elle permet en outre de pratiquer, dans des délais variant suivant les opérateurs, c'est-à-dire: trois jours pour Wintraub, trois semaines pour Schrœber, une deuxième injection, sans courir le danger de déterminer une intoxication, attendu que l'arsenic est éliminé dans un nombre de jours relativement restreint. Il faut au contraire redouter ce danger lorsqu'on emploie des injections non solubilisées en suspension dans l'eau ou émulsionnées dans l'huile, car il peut se constituer, aux foyers d'injections intra-musculaires, de véritables dépôts d'arsenic.

Théoriquement, on peut faire valoir, contre cette méthode, qu'elle ne garantit pas, à cause de son élimination rapide, la destruction des spirochètes en formation. C'est pour cela que certains auteurs, le professeur Ehrlich en particulier, recommandent qu'on ne se borne pas à l'injection intra-veineuse, mais qu'on la fasse suivre, quelques temps après, d'une injection intra-musculaire. Conformément aux observations de Schrœber, de Neisser, de Blaschko, loin d'augmenter la sensibilité des malades à l'arsenic, une première injection intra-veineuse empêche que la réaction générale soit aussi violente au moment de l'injection suivante. On peut donc, comme l'a démontré Iversen, augmenter la dose de la seconde injection, c'est-à-dire que, si l'on injecte

comme dose moyenne intra-veineuse 40 centimètres cubes chez les femmes, et 50 à 60 chez les hommes, il n'y aura aucun risque à injecter ultérieurement des doses de 70, 80 centigrammes, et même davantage.

Cette injection pourra donc être doublée, à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle, d'une nouvelle injection intra-veineuse, comme le fait Wintraub, ou d'une injection dite de réserve, à absorption lente, intra-musculaire ou sous-cutanée, comme le conseille Iversen.

Cette seconde injection de renfort et de réserve sera, de préférence à toute autre, une *injection solubilisée, soit alcaline soit acide*.

II. — *Injections intra-musculaires solubilisées, alcalines et acides*. — Alt a le premier réalisé cette méthode et lui a appliqué un mode opératoire que j'ai décrit dans le numéro de *la Clinique* du 21 octobre.

J'ai pratiqué plusieurs fois cette injection. elle est effectivement très active, mais elle présente le grave inconvénient d'être très douloureuse dès les premières minutes. Ces phénomènes douloureux sont dus sans doute à l'alcalinité de la préparation. Il m'a semblé, en outre, que la quantité assez considérable de liquide injecté devait, en dissociant brusquement les fibres musculaires et en permettant des infiltrations à distance, aggraver singulièrement cet inconvénient. J'y ai remédié dans la mesure du possible, en réduisant le volume du liquide injecté. Pour cela, je procède de la façon suivante: dans cette même éprouvette bouchée à l'émeri, je verse seulement 6 à 7 centimètres cubes de sérum physiologique, légèrement chauffé. Je verse ensuite la préparation et j'agite fortement jusqu'à dissolution complète. Au lieu d'utiliser alors la soude déci-normal à 40 p. 1000, qui nécessite un supplément de véhicule de 4 centimètres cubes au moins, j'utilise la soude concentrée à 20 p. 100, dont 14 à 25 gouttes versées avec une pipette spéciale doivent suffire pour réaliser la complète limpidité de la solution. Ce n'est plus alors que 3 à 4 centimètres cubes qu'il s'agit d'injecter dans chaque fesse. Je dois dire qu'ainsi modifié, ce procédé m'a donné les meilleurs résultats.

Taege, de Fribourg, et Duhot, de Bruxelles, expérimentent depuis quelques temps ce mode d'injection avec un plein succès. Il semble théoriquement que la précipitation d'albumine occa-

sionnée par les injections acides puissent déterminer des embolies ; mais si l'on a pu les déterminer chez les cobayes, il est certain qu'en injections intra-musculaires chez l'homme ces solutions acides n'ont présenté aucun inconvénient, ni aucun danger.

Taege prépare sa solution en mélangeant l'arsénobenzol à une petite quantité de glycérine et d'eau chaude. Dans un mortier, Duhot pilonne la poudre en y ajoutant 1 centimètre cube d'alcool méthylique ; il y ajoute ensuite 5 à 6 centimètres cubes d'eau chaude et continue la trituration jusqu'à limpidité parfaite.

Depuis quelques temps, j'emploie également avec un succès parfait la méthode des injections acides, et voici comment je les prépare.

Dans cette même éprouvette de verre contenant quelques perles de verre, dont je me sers pour les solutions alcalines, verse 1 centimètre cube d'alcool méthylique très pur. J'ajoute ensuite la poudre, puis 5 à 6 centimètres cubes de sérum physiologique, après l'avoir fait extemporanément chauffer dans un tube à essai gradué sur une lampe à alcool. Je ferme mon éprouvette avec un bouchon à l'émeri, puis j'agite fortement deux ou trois minutes jusqu'à dissolution complète. Je verse ce contenu, lorsqu'il est parfaitement limpide, dans un verre stérilisé gradué, je procède au rinçage de l'éprouvette et des billes de verre dans 2 centimètres cubes de sérum, que je verse également dans le verre gradué, puis j'aspire le tout avec une seringue en verre de 10 centimètres cubes.

Ces préparations acides, alcooliques ou glycérinées doivent être injectées par moitié dans chaque fesse. L'injection doit être intra-musculaire, mais poussée, autant que possible, *dans les fibres superficielles* et dans une région éloignée de l'émergence du sciatique (1). J'ajoute qu'il faut pousser le piston de la seringue *avec une extrême lenteur*, afin d'éviter la dissociation brusque des fibres musculaires.

Le siège que Duhot et moi avons adopté, est situé tout en haut de la région fessière, à deux travers de doigt environ au-dessous de la crête iliaque. Enfin, je ne saurais trop recommander pour ces injections l'emploi d'une aiguille très ingénieuse, construite

(1) J'ai vu présenter à la *Société de Médecine de Francfort* un malade atteint de névrite sciatique grave à la suite d'une injection pratiquée dans le voisinage de l'émergence du sciatique.

sur les indications du docteur Benario, assistant du professeur Ehrlich. C'est une aiguille d'assez fort calibre, dans laquelle peut glisser une seconde aiguille non affilée, de calibre plus réduit et par laquelle passe la solution. L'injection étant terminée, on retire cette aiguille intérieure d'abord, puis la grosse aiguille ensuite. Cette dernière, ne contenant dans sa lumière aucune quantité du médicament injecté, ne peut en semer sur son trajet. L'on évite ainsi des phénomènes douloureux, imputables, comme on le sait, à la présence de petites quantités de solution restant dans les couches superficielles.

Injections huileuses. — Les injections d'émulsions huileuses ne sont pas de date récente.

Volk et Kromaier en eurent les premiers l'idée, et déjà Ehrlich lui-même apportait au congrès de Königsberg les résultats de ces deux expérimentateurs.

Ces auteurs préparaient leur émulsion dans l'huile de paraffine.

Ces émulsions, généralement trouvées douloureuses, furent pratiquées successivement par Neisser dans l'huile de sésame, et par Isaac dans l'huile d'olive. Lafay et Lévy-Bing adoptèrent ensuite ce procédé, en se servant d'huile d'aillette.

Ces préparations présentent peut-être, quoique cela soit contesté par nombre d'expérimentateurs, l'avantage d'être moins douloureuses que les injections en suspension aqueuse neutres; mais, comme l'a fait remarquer Neisser dans son rapport au congrès de Königsberg, et comme le proclament Ehrlich et la plupart de ses collaborateurs actuels, elles ont le grave inconvénient d'aller tout à fait à l'encontre de l'idée directrice de l'auteur de la méthode, lequel vise évidemment une absorption massive et rapide de l'arsenic. Par leur absorption lente, ces préparations ne détruisent qu'imparfaitement la masse des spirochètes. De plus, elles s'enkystent aisément, totalement ou partiellement, et leur action peut être ainsi diminuée retardée ou même complètement annulée. Ainsi j'ai pu être témoin, dans le service du docteur Wintaub, de l'enkystement total d'une émulsion huileuse, qui est restée impuissante à réparer des lésions ulcéreuses de la verge, et pour la guérison desquelles on a dû pratiquer une injection intraveineuse.

De plus, le dépôt considérable d'arsenic ainsi formé a pour in-

convénient, d'une part, de provoquer des phénomènes d'intoxication chronique si l'on renouvelle les injections, d'autre part de créer des colonies *arséniphiles*, contre lesquelles de nouvelles injections arsenicales ultérieures ne pourraient avoir aucune action.

On ne peut donc considérer cette méthode que comme une médication secondaire, *de réserve; encore doit-elle prendre rang*, selon le professeur Ehrlich et nous-même, après les injections solubilisées alcalines et acides dont j'ai parlé.

Vous n'êtes pas sans savoir que les adversaires de la méthode d'Ehrlich ont commencé par nier les succès thérapeutiques obtenus par ce nouveau médicament. Ensuite, ils se sont efforcés de mettre en évidence les insuccès, et, en dernier lieu, ne pouvant plus nier l'évidence même, ils ont affirmé que cette méthode était tellement dangereuse qu'on ne pouvait guère y exposer ses malades, si satisfaisants que soient parfois les résultats obtenus.

Aussi, vous parlerai-je successivement : des *succès*, des *insuccès* et des *dangers* de la médication : vous vous rendrez ainsi juges de sa valeur thérapeutique.

(à suivre)

INTERETS PROFESSIONNELS

NOS SOCIÉTÉS MÉDICALES. LA LOI MÉDICALE. (1)

Par le Dr LAURENDEAU
de St-Gabriel de Brandon.

Monsieur le Président, Messieurs,

Nos sociétés médicales se meurent ; et sauf quelques-unes qui ont fait leurs dents, qui ont dépassé l'âge critique, les autres c'est-à-dire la plupart s'éteignent d'inanition, d'athrepsie.

Depuis quelque cinq ou six ans, il s'est formé dans notre province autant de sociétés médicales qu'il y a de districts ; mais il

(1) Conférence devant l'association médico-chirurgicale du district de Joliette, Déc. 1910.

eu est de nos sociétés comme de notre race : la natalité est considérable mais la mortalité est abominable. Pourquoi naissent-elles dans des conditions de viabilité, puis dépérissent-elles lentement, quand la mort n'est pas subite ? D'où vient cette morbidité précoce ?

Cela provient de notre apathie, de notre incurie, de notre mentalité professionnelle.

Deux causes à mon sens expliquent le triste état de notre profession dans la province : 1^o l'encombrement professionnel, 2^o notre formation morale intellectuelle et scientifique.

L'encombrement est tel, qu'un quart, sinon un tiers de nos médecins sont obligés d'ajouter un négoce quand ce n'est pas un métier, à leur art, pour subvenir à leurs besoins personnels, aux nécessités de la famille. Je suppose qu'il en est ailleurs comme dans mon district et voici ce que j'y relève :

A l'Assomption, l'un de nos centres les plus anciens et les plus riches, un médecin est régistrateur, un second est maître de poste et le troisième s'occupe d'industrie locale ; à Joliette, des deux doyens l'un tient commerce de ferromerie, l'autre est shérif ; à Berthier, un fait de la pharmacie, un autre est secrétaire du conseil de comté ; à St-Esprit un confrère qui occupe une position professionnelle marquante exploite un bureau de poste et un bureau de téléphone ; à St-Gabriel de Brandon, deux se font une rude concurrence dans le commerce de pharmacie et moi-même pendant longtemps, j'ai tenu un comptoir d'escompte. Voilà pour les petites villes, les principaux centres de mon district ; mais combien dans les campagnes, dans les centres ruraux, s'occupent de culture maraichère, d'élevage d'animaux domestiques ou d'agriculture générale. Pour se créer un petit pécule, je connais quelques femmes de médecin qui tiennent maison de pension. Je sais un médecin de mon voisinage, dont le maquillonnage de chevaux lui rapporte le plus clair de ses revenus.

Pourquoi nos hommes de profession sont-ils obligés de faire du négoce, du métier, de travailler à côté de leur état ? Je l'ai dit : à cause de la pléthore professionnelle. Pensez-vous que, si chaque médecin touchait deux à trois mille dollars de sa clientèle, il en est beaucoup qui seraient tentés de négliger leur profession ? Et ce qui est triste à constater, c'est que le prix des visites et des ordonnances s'avilit, à mesure que la compétition devient plus

âpre ; c'est que la misère crée des brèches au code de déontologie et ce qui est plus désespérant encore c'est que plusieurs parmi les mieux doués fuient la médecine, comme je l'ai démontré plus haut ; c'est là le vrai "struggle for life" de Darwin, c'est là l'application de la loi de Malthus.

Après avoir consulté nombre de confrères, j'ai constaté que dans les centres ruraux, déduction faite de l'achat des médicaments et de toutes dépenses inhérentes à l'état du médecin, la clientèle rapportait à celui-ci en moyenne sept à huit cents dollars annuellement ; et dans les petites villes douze à quinze cents. Tandis qu'à côté de ces fortunes, il en est qui végètent "noirement". Les maçons, les plâtriers, les briquetiers, les artisans, les commis, les employés des voies ferrées, etc., sont mieux rétribués.

Dans ces conditions, vous comprendrez facilement, Messieurs, qu'il faut qu'un médecin ait la rage de la science, pour oublier ses soucis, sa pénurie, la faim de son ventre, et se mettre de tout cœur à l'étude des infolios, ou pour préparer des mémoires, des conférences pour sa société médicale. La poursuite du pain matériel qui lui est distribué avec tant de parcimonie, finit par atrophier ses organes intellectuels, puis ceux-ci perdent la faculté de digérer le pain de la science.

Tels sont, Messieurs, les résultats de l'encombrement dont nous avons souffert jusqu'à maintenant.

* * *

Je suis heureux toutefois de vous annoncer que nous avons trouvé la solution de ce problème. Nous ne pouvions pas traiter cette affection, cette pléthore, par des soustractions d'éléments vitaux et vous en comprendrez sans doute la raison : c'est pourquoi nous avons appliqué un régime de réduction organique. Sans doute que ce traitement n'est pas la *therapia sterilisans magna* ; notre médication sera lente, mais sûre toutefois. Ce spécifique réside dans notre dernière loi médicale. Depuis que la section qui traite du curriculum des études médicales est exécutoire, le nombre d'inscriptions d'étudiants en médecine est tombé au McGill de quatre-vingt-trois en 1909 à soixante-six en 1910. A l'Université Laval de Montréal, il y eut trente et un étudiants d'inscrits il y a deux ans, trente-sept il y a un an et quatorze

seulement cette année. Quant à Québec je n'ai pu pénétrer sous la voile de l'Université Laval, mais il y a lieu de supposer que la réduction est dans la même proportion. En somme donc, il y a une diminution de trente à quarante par cent sur la moyenne des deux ou trois dernières années : ce chiffre est un argument brutal qui ne comporte pas de réplique. Je constate donc avec satisfaction, que notre loi atteint le double but que nous avions en vue ; relever la qualité et abaisser la quantité des disciples d'Hippocrate dans notre province. Escomptons donc l'avenir et ne doutons pas que la génération qui va nous succéder sera mieux partagée que la nôtre.

Dans un autre ordre, si vous jetez un coup d'œil sur notre état actuel, vous conviendrez que nous sommes dans une triste position morale et scientifique. A quoi cela tient-il ? Je l'ai dit déjà : à notre formation classique et universitaire. Comparativement à notre population, nous avons trop de collèges classiques et pas assez d'écoles techniques, polytechniques, industrielles, commerciales et agricoles. Disons toutefois, que le gouvernement semble avoir saisi cette lacune et qu'il fait un effort louable en ce sens. L'énorme quantité de philosophes que nos collèges classiques déballetent chaque année, que voulez-vous qu'ils fassent sinon des prêtres ou des hommes de profession ? Pendant que dans notre jeune pays, sur notre terre aux trois quarts vierge, nos mines, nos industries, notre commerce, nos grandes affaires sont accaparées par des étrangers qui font fortune, nous peinons, nous nous décourageons, puis nous nous effaçons.

En plus, nous sommes apathiques, indolents, paresseux ; nous n'aimons pas la science ; nous fuyons le travail, nous évitons l'effort. Mais cela n'est pas étonnant, car dans notre toute jeunesse, l'on nous a enseigné que la terre était un pénitencier, l'homme un forçat et le travail une punition : " tu gagneras ton pain à la sueur de ton front " est la sentence que l'homme a subie en quittant le jardin du bonheur et de l'oisiveté. Au lieu d'honorer, d'annoblier, de glorifier le travail, on l'a dégradé, déshonoré ; au lieu d'en faire le levier du bonheur, le but de la vie, on l'a couvert d'infamie, on l'a imposé comme une affliction.

Puis nous n'aimons pas la science, parce qu'on nous a jamais montré sa valeur, son mérite, sa beauté. De la science, nous ne connaissons que la théorie sèche ; au lieu de nous l'enseigner

dans ses résultats pratiques par des leçons de choses, tout le long de notre jeunesse nous n'avons entendu que le brassement de leçons théoriques. Et je parle ici de la faculté comme du collège. Aussi une fois finie la scolarité, la tâche, la peine disciplinaire, nous nous sommes servis de la médecine comme d'un outil dont il a été beaucoup question mais que nous savons peu manier. En fait de choses pratiques, de laboratoires de chimie biologique, de physique, de biologie, de microscopie, de bactériologie, d'histologie, de physiothérapie, de thérapeutique appliquée, lorsque nous sortons de la faculté seule notre suffisance égale notre ignorance. Oh! s'il s'agit par exemple de discerner sur la pathologie interne, sur l'effet théorique de tel médicament donné, nous y allons à perte de vue. Nous avons fait de la médecine à l'école, comme nous avons fait de la philosophie au collège. Et une fois lancé dans le monde, avec le bagage que je viens de décrire, heureux sont ceux qui n'ont pas versé dans le scepticisme ou le charlatanisme.

Que faire donc pour éveiller les curiosités, stimuler les cerveaux, modifier les mentalités?

La première chose à faire à mon sens, est de créer par toute la province un courant de solidarité professionnelle, — solidarité à la fois matérielle et scientifique.

Il y a quelques années, les esprits dirigeants de chaque district, animés d'un zèle... je dirais volontiers apostolique, ont fondé de nombreuses sociétés médicales, mais malheureusement ces syndicats ont périéclité, se sont étioyés comme je le disais au début de cette conférence. La plupart de ces sociétés ont jeté un peu d'éclat à leur naissance, mais dès que les questions d'intérêts professionnels, de tarif surtout, furent réglées, dès qu'on eût passé l'éponge sur quelques saletés familiales, il semble que l'on n'eût point d'autre objectif; au delà de ces petits intérêts, l'on ne voit rien; tel sont les bornes de notre horizon.

Pendant, la société médicale est le facteur nécessaire au relèvement de la profession, j'en ai la ferme conviction. Pour obtenir ce résultat de la société médicale, il faut à mon sens, lui donner une bonne constitution, puis lui créer un objet d'intérêt permanent. Alors et avec le temps elle finira peut-être par développer des ambitions, des appétits scientifiques, par modifier notre mentalité, tout en protégeant nos intérêts matériels.

Ayant en vue cette fin, à la dernière réunion du Bureau des gouverneurs, j'ai soumis à cette corporation la proposition suivante, qui a été bien accueillie par mes collègues, puisqu'elle a été adoptée sans division :

Proposé par le Dr A. Laurendeau secondé par le Dr A. Plante :

Que la Commission de Législation s'abouche avec les diverses sociétés médicales de la province, aux fins d'élaborer un projet de loi incorporant les dites sociétés médicales et que le Bureau médical soit chargé des dépenses nécessaires à la passation du dit acte :

Entr'autres attributions conférées aux susdites sociétés médicales par le dit projet d'acte le Bureau verra d'un bon œil, les privilèges suivants leur être accordés :

Le droit de poursuivre les rebouteurs et charlatans ;

Le droit de faire des tarifs légaux s'appliquant à leurs districts respectifs ;

Le droit de fonder une caisse d'assurances et de secours mutuels pour ses membres nécessiteux ou malades.

Comme suite à cette résolution, la Commission de Législation s'est réunie le 24 octobre pour prendre en considération un projet de loi sommaire que j'eus l'honneur de lui soumettre et dont voici la teneur :

Objet de la loi : l'instruction et la protection des membres de la profession médicale.

Loi :

1° Lorsque cinq médecins d'un district électoral médical font une déclaration (au secrétaire provincial, ou au greffe) que c'est leur intention de se prévaloir de cet acte, ils seront constitués en société ayant tous les privilèges accordés par la présente loi.

2° Chaque société médicale créée par cet acte est composée des médecins de chaque district électoral médical, qui y donneront leur adhésion. Il sera loisible toutefois, à deux sociétés ainsi constituées, de se joindre en une seule, à la majorité des membres de chacune des susdites sociétés, après en avoir fait la déclaration (au secrétaire provincial ou au greffe).

3° Chaque société médicale est autorisée :

a) A posséder des meubles et immeubles jusqu'à concurrence de \$... à recevoir par don ou autrement, à acquérir, à vendre,

et à disposer de ses fonds comme elle l'entendra, au meilleur de ses intérêts soit pour l'achat de bibliothèque, de laboratoire, etc ;

b) Imposer une contribution annuelle à chacun de ses membres ;
c) A faire des tarifs médicaux maximums et minimums, qui lieront moralement ses membres ;

d) A poursuivre les rebouteurs et charlatans.

4° Chaque société se nomme un président, un vice-président, un secrétaire, un trésorier, et autant d'officiers et de commissions qu'elle jugera à propos dans son intérêt ;

5° Chaque société a droit de faire des règlements pour fixer la date et le lieu de ses réunions, pour définir sa régie interne, et pour tout objet quelconque conforme à la présente loi ;

6° Il est constitué un syndicat central médical, composé de deux médecins de chaque district, délégués par chacune des sociétés médicales ;

7° Le Syndicat central est autorisé :

a) A posséder, vendre, acquérir, recevoir, disposer des meubles et immeubles jusqu'à concurrence de \$. . .

b) A faire des règlements généraux s'appliquant aux diverses sociétés médicales dans l'intérêt de la profession, pourvu que ces règlements ne soient pas en opposition avec les lois et règlements du Collège des médecins ;

c) A faire des règlements pour sa régie interne : nominations d'officiers, de commissions, en rapport avec les articles suivants.

8° Le syndicat central est autorisé à créer une caisse de secours pour ses membres malades ou subissant quelque incapacité professionnelle ; de même qu'une assurance au décès (les détails de cette assurance devront être développés dans la loi).

9° Le syndicat central est autorisé à faire fonctionner divers offices d'utilité générale : offices de renseignements, offices de remplacements, etc.

* * *

Dans l'esprit du promoteur de ce projet, la profession bénéficierait des avantages suivants, par l'adoption de l'acte ci-dessus :

1° Développer le goût de l'instruction, augmenter la somme de connaissances scientifiques des médecins de la province ;

2° Protéger nos intérêts professionnels ;

3° Développer l'esprit du corps, de solidarité des membres de la profession ;

4° Action et direction communes, chaque fois que l'intérêt scientifique ou matériel des membres de la profession l'exigera ;

5° Partant, augmenter notre influence légitime auprès des pouvoirs des autorités.

La Commission de Législation, après avoir pris connaissance de ce projet et l'avoir étudié, a résolu de le soumettre aux diverses sociétés médicales de la province ; il appartient donc à ces dernières d'en faire l'étude, la critique, puis de transmettre leurs vœux respectifs à la Commission de Législation.

* * *

Messieurs, ce projet de loi est le complément de l'acte médical. Celui-ci a surtout en vue les droits et privilèges de la profession ; c'est-à-dire avant tout, nos intérêts matériels ; l'autre, la loi projetée, vise surtout à l'amélioration de notre instruction scientifique, de notre éducation professionnelle ; toutes deux concourent donc à notre avancement social. C'est ce que le Bureau des gouverneurs a bien saisi, puisqu'il a adopté le principe de ce projet à l'unanimité. Seul l'un de ses membres a fait quelques remarques tendancieuses, mais c'est peut-être qu'il n'a pas saisi toute la portée de cette mesure. Ce que le promoteur de cette loi désire, c'est de donner des bases solides à nos sociétés qui chancellent après avoir pris l'avis de chacune.

L'on a dit par ailleurs, que les sociétés médicales peuvent se faire incorporer si elles le désirent ; l'on a oublié sans doute que seules, une couple ont les moyens de faire ces démarches. Serait-ce que l'assistance du Bureau offusquerait certaines susceptibilités ? Il me semble pourtant, qu'il n'y a pas bien des années, que les sociétés par leurs représentants respectifs arrachaient au Bureau une promesse, en vertu de laquelle une distribution de secours devait leur être faite, sous forme de deniers luisants, c'est-à-dire sous la forme la plus matérielle, la moins détournée. Mais ce serait de la susceptibilité exagérée que de feindre de l'humiliation du fait que le Bureau fournirait les fonds nécessaires à l'incorporation de nos sociétés. Le Bureau est le protecteur naturel de la profession et ce seul titre le justifierait d'intervenir dans cette question d'intérêt général ; puis, les fonds du Bureau sont nos fonds à nous, puisés chez nous tous, ce qui fait que les

sociétés prenant les fonds du Bureau ne vont pas chez le voisin, mais ne font qu'un virement des fonds de la communauté; enfin, ceux qui sur ce chapitre auraient l'épiderme trop mince, pourraient accepter ces débours comme prêt, quitte à faire remise par les sociétés plus tard, quand la fortune leur aura souri. Si j'appuis sur cette objection de pure sentimentalité, c'est que nous, canadiens-français, notre tempérament nous entraîne souvent hors la bonne voie, quand raisonnent à nos oreilles des arguments qui visent notre amour-propre, notre honneur chevaleresque, notre susceptibilité quasi malade.

C'est alors que de cœur se fait des raisons que l'on ne permet pas à la raison d'examiner, c'est alors que l'on s'emballé, puis que l'on chambarde.

Mais une objection d'un autre ordre paraît plus sérieuse; l'on craint que nos sociétés prennent trop d'importance, trop d'autorité, deviennent un petit état dans l'état, au détriment, au grand danger du Bureau. Ce danger pourrait certainement exister, si les chartes des deux institutions étaient mal faites; mais la charte du Bureau est livide et bien définie; il ne s'agit alors que de donner aux sociétés une charte qui n'empiète pas sur le domaine des gouverneurs. Le Bureau s'occupe surtout de nos intérêts matériels: c'est en quelque sorte un gouvernement exécutif; tandis que nos sociétés devront avoir en vue, surtout nos intérêts scientifiques et éducationnels. Tout au plus, pourront-elles s'occuper d'intérêts secondaires, d'ordre tout à fait local. Dans ces conditions, bien loin de prévoir des conflits, de l'antagonisme, je crois plutôt à l'union, au synergisme de ces deux institutions; toutes deux vivront et se développeront en symbiose, si je puis me servir de cette figure.

Dire que le syndicat projeté deviendra la proie "de quelques meneurs de quelques agités", comme un confrère l'a écrit, c'est là un argument basé sur le préjugé et je crois sur le mauvais préjugé; cette prédiction s'accomplirait-elle provisoirement, que cela ne changerait en rien ma manière de voir. Mais tous les gouvernements, le Bureau même, ont été parfois momentanément aux mains "de meneurs, d'agités," d'exploiteurs même, et a-t-on jamais songé à les supprimer de ce fait: ce serait là un acte anarchiste. De plus, il me semble que l'idée de mon confrère est blessante en elle-même, sans même en faire l'application à ces per-

somnaités; elle est l'indice d'une mauvaise mentalité; elle synthétise peut-être un état d'esprit trop répandu dans notre province: l'on est trop égalitaire; l'on craint tellement que l'un de nous dépasse, ne fut-ce que de la tête, la moyenne du troupeau, qu'on le menace de la guillotine avant qu'il ait commis le crime de chercher à s'élever.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTR. AL

*Présidence de M. St-Jacques, dernière séance de décembre 1910.
Rapport du Secrétaire, le Docteur Verner.*

Pour l'année 1910.

La Société Médicale de Montréal, née le 9 octobre 1900, sous les auspices de l'ancien Comité d'Études compte cette année dix ans d'existence. Le chemin parcouru depuis la fondation montre que les membres du Comité avaient la claire vision de l'avenir et la notion exacte de nos besoins car, si la Société a rencontré sur la route les vicissitudes nécessaires, elle y a semé la vie nouvelle parmi le corps médical canadien français, dont elle a relevé l'influence. Elle a fait beaucoup pour la race, mais son œuvre est loin d'être accomplie, elle demeure encore immense. C'est donc à la lumière de nos traditions que je vous sou mets ce soir le dixième rapport annuel de nos travaux.

En 1910, la Société Médicale de Montréal a tenu douze séances régulières et deux séances spéciales avec une assistance moyenne de vingt-neuf membres.

Trente-six communications de nature diverse : mémoires, observations de cas, présentations de pièces ou de radiographies ont été faites par les membres suivants :

Par M. Saint-Jacques sur L'enseignement médical en France ; comparaison avec l'Allemagne : visites aux villes universitaires françaises (projections).

(b) Luxation congénitale de la hanche (radiographies).

(c) Infiltration ecchymotique diffuse cervico faciale (avec présentation de malade).

(d) Lésion primaire syphilitique (projections).

MM. Saint-Pierre et Falardeau : La ponction lombaire dans le diagnostic et le traitement des fractures du crâne.

Par M. Saint-Pierre : Spécimen pathologique : gangrène du pied chez un diphtérique.

Par M. Latreille : (a) Histologie du rein (projections).

(b) Syringomyélie (présentation de malade).

(c) Tertiarisme viscéral (aorte, foie, testicules) avec présentation de trois spécimens pathologiques.

(d) Autres pièces présentées :

(a) Kyste dermoïde de l'ovaire chez une jeune fille de 17 ans.

(b) Néphrite chronique sans coexistence du cœur de Traube, dans le rétrécissement mitral.

(c) Deux sarcômes de l'œil.

Par M. J. E. Laberge : (a) Organisation du service des maladies contagieuses au bureau d'hygiène.

(b) L'utilité du Bureau d'hygiène.

Par M. Boucher : Histologie normale du rein.

Par M. Asselin Elie : Physiologie normale du rein.

Par M. E. P. Benoit : (a) Séméiologie générale des néphrites.

(b) Observation d'un cas de méningite tuberculeuse et d'un cas de méningite .. méningococques (avec présentation de pièces pathologiques par M. Wilf. Dérôme).

(c) Anévrisme de l'aorte.

(d) L'hectine et le 606.

Par MM. Cléroux et Bourgeois : Le traitement des néphrites.

Par M. A. LeSage : (a) A propos de Bill Roddiek amendé (présentation de motion).

(b) A propos du traitement de l'éclampsie.

Par M. F. de Martigny : Kystes suppurés de l'ovaire.

Par M. J. Décarie : Lésions secondaires syphilitiques.

Par MM. J. N. Roy et Dupont : Cancer des paupières et de l'orbite (autoplastie).

Par M. Eug. Gagnon : (a) Le lait homogénéisé et stérilisé dans l'alimentation des nourissons.

(b) Les moyens à prendre pour diminuer la mortalité infantile.

Par M. J. Appleton Nutter : Le relâchement sacro-iliaque : un nouveau traitement des douleurs sciatiques et lombaires (présentations d'un malade guéri).

Par M. Foucher : Névrite optique oédémateuse, en rapport avec les affections cérébrales.

Par M. Boulet : Le fond de l'œil dans les néphrites.

Par M. Laurent : L'otite moyenne aigue, purulente, non compliquée.

Par M. Hervieux : Addison et adrénaline.

Par M. Bourgeois : Les adénopathies cervicales : causes, traitement.

Par MM. Fortier et Lebel : Quelques notes sur le diagnostic et le traitement de la méningite cérébro-spinale.

En dehors de ces travaux de famille, et selon la coutume établie depuis 1904, nous avons eu, cette année un conférencier étranger : le 17 janvier dernier, un public médical nombreux, réuni dans la petite salle des conférences, est venu entendre une causerie très instructive sur la médecine dans l'ancienne Egypte, donnée par M. Alex. Moret, conservateur adjoint du Musée Pimmet, de Paris et conférencier de l'Association pour l'avancement des Sciences, des Lettres et des Arts au Canada.

Comme par le passé l'action de la Société ne s'est pas limitée à l'intérieur, elle a continué de s'exercer au dehors, pas très considérable il est vrai mais persistante :

Ainsi, au début de l'année nous avons été invités à nous faire représenter auprès de la Commission d'hygiène municipale pour y discuter les moyens de contrôler l'épidémie de fièvre typhoïde, alors régnante.

Nous nous sommes tenus en communication avec le gouvernement provincial, au sujet de la réglementation de l'industrie laitière et de la création de laboratoires d'expertise médico-légales.

Dans le but de se tenir à la disposition du gouvernement, la Commission du bon lait a été maintenue dans ses fonctions et une commission spéciale a été nommée en rapport avec l'organisation des dits laboratoires.

Sur l'invitation des médecins de Québec, un Comité spécial composé de MM. Foucher, Hervieux, Boulet et des membres du Bureau a été constituée pour représenter la Société au Congrès de Sherbrooke, et y discuter la question de la fédération des Sociétés Médicales.

Enfin une commission spéciale, composée de MM. J. Décarie, Bourgouin, Chagnon, Cléroux et Bourgeois a été formée pour étudier l'article 34 de nos règlements, et les sanctions qu'il comporte.

Recrutement des membres :

La ville de Montréal, si riche en médecins, en paraît dépourvue si nous consultons la liste officielle des Secrétaires ; la constatation en est pénible pour la mentalité de notre profession et de nature à confirmer bien des critiques.

Cependant, le recrutement durant l'année a été normal, et nous comptons aujourd'hui 146 membres, au lieu de 140 l'an dernier, et de 136 il y a deux ans. Nous avons eu, en moins, 4 anciens membres et dix nouveaux en plus. La mort est venue chercher le vénéré professeur Rottot et M. P. S. Côté ; des raisons particulières ont fait se retirer MM. Cormier et Moreau.

Comme nouveaux associés nous avons le plaisir de compter MM. E. P. Lachapelle, P. A. Robichaud, J. M. Aumont, R. L. Poliquin, Taschereau, Dorval, Guy Hamel, Chs. Saint-Pierre, Grenier et Corsin.

Messieurs, je viens de vous résumer le travail de l'année, et selon l'habitude, à l'heure de rendre compte, je crois nécessaire de faire un retour en arrière, afin de constater si nous avons bien ou mal fait, et de prendre des résolutions utiles pour l'avenir.

J'ai le regret de dire, que pour des motifs incontestables, nous avons eu 4 séances de moins que l'an dernier, 12 au lieu de 16 : heureusement, en compensation, et malgré tout, nous avons eu huit communications en plus, soit 36 au lieu de 28. Si nous comparons avec les années passées, nous voyons qu'en neuf ans, 319 sujets divers ont été traités devant la Société, soit une moyenne de 35 par année. Nous avons donc, cette année, tenu la normale sinon la première place.

Cependant la nature des communications, surtout au début de l'année, a paru intéresser d'avantage les membres, ce qui a permis un relèvement sensible dans la moyenne de l'assistance, soit 29 au

lieu de 22 l'an dernier. Et c'est là, je crois, un indice très important à considérer pour le succès futur de la Société, qui jusqu'ici a paru trop exclusivement spécialiste, alors que la majorité de ses membres se recrute parmi les médecins qui font de la pratique générale. Ainsi, à nos six premières séances, où les programmes étaient variés et susceptibles d'intéresser toutes les classes de la profession, la moyenne de l'assistance a monté à 37 pour tomber à 20 depuis la vacance. Il est donc à souhaiter qu'à chaque séance, la médecine, la chirurgie et les spécialités se donnent la main pour attirer tous les médecins de la ville, spécialistes ou autres. En un mot, d'après les statistiques et les résultats acquis, l'assistance aux séances et le recrutement des membres ne progresseront qu'en autant que la Société cherchera davantage à exercer un rôle de vulgarisation scientifique. Nous avons parmi nous de bons éléments. Malheureusement nous avons à lutter contre l'indifférence de plusieurs et la timidité des autres. Les jeunes sont craintifs, les aînés ne sont pas prodigues d'encouragement. Il est à remarquer que c'est toujours la même phalange dévouée qui se consacre au succès de notre œuvre, phalange toujours à l'avant-poste, prête à combler les vides dans l'ordre du jour. C'est à elle que nous devons la vie et la subsistance, et toute notre influence extérieure.

D'un autre côté, il est pénible d'avouer que les jeunes qui ont des loisirs, ne prennent pas une part plus active à nos travaux. C'est à eux de continuer l'effort des aînés et de suivre l'exemple de ces travailleurs, membres du Comité d'Études, qui nous ont donné, et nous donnent encore tant de leçons d'énergie. D'où vient qu'ils se tiennent à l'écart et ne viennent pas plus nombreux à nos séances ?

Les internes des hôpitaux, qui, depuis 1904, sont de droit membres de la Société, trouveraient, semble-t-il, quelque intérêt aux observations de cas, que bien souvent ils ont étudiés dans les services ; ils devraient profiter de leur position pour en faire bénéficier la profession. Et les jeunes praticiens, à qui la clientèle permet encore d'apprendre quelque chose, trouveraient certainement leur profit à connaître ce qui se passe ici.

Pour les autres, plus âgés, que le travail quotidien et les soucis matériels tiennent éloignés du mouvement scientifique, quelques soirées passées à la culture de l'idéal et à l'amitié confraternelle.

ne seraient certainement pas cause de déficits budgétaires, et leur obtiendraient plus tôt le mérite de s'intéresser à ce qui viendra après eux.

Messieurs, les nouveaux élus du bureau vont maintenant entrer en fonctions, et travailler au succès de la Société.

Au président sortant de charge M. St-Jacques, nous offrons toute notre reconnaissance pour l'activité inlassable qu'il a déployée, en prenant en mains les destinées de la Société. Nous le félicitons pour ses tentatives de réformes dans les programmes de nos séances, et grâce auxquelles nous avons vu se relever sensiblement la moyenne des assistances. Il a su nous rendre facile et agréable notre tâche, et nous espérons qu'il gardera un bon souvenir de la présidence.

A M. Benoit qui lui succède, nous souhaitons la bienvenue ; faisant partie de cette élite dont je parlais tout à l'heure, il donnera sans doute son véritable caractère à la Société qui passera triomphato à travers tous les écueils.

La nomination de M. Boucher à la vice-présidence est un sûr garant de la vitalité présente et future de notre œuvre qui pourra compter sur son tact et son esprit d'organisation en maintes circonstances déjà mis à l'épreuve.

A nos autres collègues qui demeurent en fonctions MM. Derome et Bourgeois, nous offrons nos remerciements pour l'aide précieuse qu'ils nous ont donnée, et puisse toujours la bonne camaraderie exister entre nous.

Vous avez cru, Messieurs, me conserver mes fonctions de secrétaires pour un nouveau terme. L'honneur me flatte, mais j'en sens toutes les responsabilités. La tâche que j'essaierai de remplir de mon mieux me sera toujours très agréable lorsque l'ordre du jour des séances sera chargé. Elle me sera facilitée par le dévouement et le travail de chacun. En un temps où l'on en veut à la médecine française en ce pays, j'espère que tous ensemble, en ce lieu de réunions, nous saurons revendiquer nos mérites et corriger nos nombreux défauts, pour jeter les bases de notre perfectionnement médical et suivre, sinon dépasser les autres races, dans la course que nous poursuivons ensemble vers l'idéal.

Signé, Le Secrétaire,

LUDOVIC VERNER.

DISCOURS DU PRESIDENT SORTANT DE CHARGE

M. le Dr E. St-Jacques.

Messieurs,

En quittant ce fauteuil présidentiel, ou votre bienveillance m'a appelé, il me reste à vous en remercier.

Mais c'est à ceux des membres qui ont bien voulu contribuer à l'intérêt des séances que je tiens tout particulièrement à offrir des remerciements, et je ne suis ici que l'interprète de la Société.

Il me fait plaisir de citer spécialement les noms de MM. Foucher, Cléroux, Benoît, LeSage, Joseph Laberge, Fortier, Décarie, Hervieux, Parizeau, Boulet, Roy et Laurent, Boucher et Asselin, Nutter, et parmi les jeunes je dois une mention toute spéciale à MM. Latreille et Saint-Pierre, ainsi qu'à MM. Bourgeois, Eug. Gagnon, Wilfrid Derome et Bourgoïn et à notre dévoué Secrétaire M. Verner.

En les remerciant au nom de la Société, je ne veux pas insister plus qu'il ne faut : car après tout, nous n'avons tous fait que notre devoir.

Si maintenant nous examinons l'ensemble des travaux de cette année, trouverons-nous qu'ils se peuvent comparer favorablement avec ceux des années précédentes ? Oui, MM. certainement, nous a dit le Secrétaire.

Mais est-il suffisant de nous en tenir à cette constatation générale ?

Non, MM. il est un vieux dicton qui traîne sur les lèvres des pusillanimes, pour qui l'effort ou la vérité fait peur : c'est que toute vérité n'est pas bonne à dire.

Un philosophe du boulevard a corrigé ce dicton, cause de tant de recrudescences et de bassesses et nous le présente ainsi modifié : Toute vérité est bonne à dire, ce sont nos oreilles qui ne sont pas bonnes à les entendre. Cet aristophane moderne a plutôt raison.

Avons-nous lieu d'être satisfaits, comme Société Médicale de Montréal, des travaux de notre Association ? car je pars de ce principe, que tous les membres sont également partenaires ; — trouvons-nous, que comme corps représentatif de notre élément professionnel ici à Montréal, la Société a été ce qu'elle aurait dû être ? Non MM. non, loin de là.

L'assistance moyenne est de 29 ! Ce n'est pas suffisant ; 50 à 75 médecins au bas mot devraient se faire un devoir et un plaisir de venir deux fois le mois causer ou entendre causer médecine. Durant l'année j'ai vainement cherché dans nos rangs cette pléiade de jeunes gradués de ces dernières années, qui devraient au sortir de l'école, posséder au moins à un certain degré l'enthousiasme scientifique, la soif de voir, d'entendre et d'apprendre. Quelques rares exceptions ont le courage de demander leur admission dans la Société. Mais infiniment plus rares encore sont ceux qui nous font l'honneur d'assister aux séances. Vraiment, entre nous, pouvons-nous les en blâmer ? Je ne le crois pas : car ici comme ailleurs c'est aux aînés à donner l'exemple, et même deux fois : D'abord en venant aux réunions et surtout en contribuant à l'intérêt de nos assemblées par des travaux personnels sur des sujets courants, nouveaux et pratiques.

N'est-il pas vraiment déplorable d'avoir à constater l'apathie d'un très grand nombre de nos confrères pour tout ce qui regarde la profession en général et la science médicale en particulier ?

Nous pourrions compter sur les dix doigts les membres de cette Société qui ont fait des communications véritablement scientifiques et qui mériteraient la publication ou l'analyse à l'étranger. Je vous le demande, MM., est-ce là vraiment, ce que nous pourrions attendre d'un corps enseignant ? — ce que la Faculté peut et doit attendre de ses agrégés ?

Vous jugeriez mieux encore de notre indifférence, si je vous rappellais la mince figure de la délégation Montréalaise au Congrès des M. L. F. A., à Sherbrooke.

Pour ceux qui n'y étaient pas, je dirai que la délégation Québécoise était plus nombreuse et plus laborieuse. Le groupe de nos amis de Québec était compact et en tête paraissaient les membres de leur Faculté. MM., j'y ai entendu des remarques fort peu flatteuses pour nos oreilles : je me dispense de vous les répéter.

Nous venons d'être péniblement humiliés, comme Faculté, dans un rapport public et international qui a fait le tour des Universités et des journaux de Médecine du Canada et des Etats-Unis.

Il a fallu quatre mois pour arriver à faire une protestation. Ce rapport contient des faussetés manifestes : il serait à se demander si elles ne sont pas intentionnelles. Ainsi l'anatomie ne serait en-

seignée qu'à la salle de dissection, on mentionne à peine l'existence de nos hôpitaux et l'on ne dit pas un mot de l'enseignement clinique, le nombre des professeurs ne serait que de huit, etc.

Ici l'on fausse, là on tait : la méthode révèle une manière de faire et une mentalité qui ne sont nullement à l'avantage des signataires du rapport pas plus qu'elles n'ajoutent à la valeur intrinsèque de l'enquête.

Tout de même M.M., il est à se demander lequel est le plus déplorable, de passer pour n'avoir que huit professeurs, ou d'en avoir un total de 55, et de les voir si indifférents aux progrès de notre art dans notre Province et à l'influence que nous devrions exercer comme corps enseignant !

Je crains fort M.M., que si l'on voulait juger de la valeur et surtout de l'activité de notre corps enseignant, par ses travaux de recherches ou ses publications scientifiques, je crains fort que les pièces à convictions sur lesquelles on voudrait appuyer le jugement ne soient aussi rares que peu importantes. Nous apportons tant de soin à nous abstenir de prendre une part active à nos sociétés médicales, au progrès de nos journaux de médecine, à nos associations médicales interprovinciales, presque à tout ! car il faudrait faire un effort et travailler.

Et M.M., n'allez pas croire que je sois le seul à déplorer notre désintéressement professionnel pour les choses d'intérêt général. Combien de fois n'ai-je pas entendu les mêmes doléances. Encore dernièrement le Président de l'Association Médicale du District de Joliette, le Dr Laurendeau, attirait l'attention générale sur ce même point et essayait d'éveiller l'intérêt de ses collègues.

Et pourquoi, M.M., est-ce que je parais prendre à partie plus spécialement le corps des agrégés ! C'est que nous sommes plus jeunes, plus actifs, dans la force de l'âge, et comme le disait si bien ces jours derniers, le rapport des Gouverneurs et du Conseil de l'Université McGill, " c'est sur les jeunes et sur les agrégés, que la Faculté compte et doit compter, car ils sont l'avenir et presque le présent ". Je ne voudrais pas suggérer la comparaison avec ce qui se fait à nos portes, à côté de nous : Elle ne serait peut-être pas à notre avantage.

Car je maintiens que le professeur, soit-il titulaire, suppléant, ou simple chargé de cours, qui se contente tout simplement de donner son cours, sans s'occuper en plus à des recherches scienti-

riques, sans susciter des travaux autour de lui sans contribuer, si faible soit sa part au mouvement et au progrès de notre art, par la publication d'observations cliniques et thérapeutiques, ce professeur ne remplit pas ses devoirs vis-à-vis de sa Faculté. Celui-là n'est pas à la hauteur de la position, c'est mon humble avis.

Que faudrait-il faire MM., pour nous élever à la hauteur de notre position, et remplir d'avantage nos obligations vis-à-vis de notre Faculté. Il y a ici plus qu'une simple question de clocher, il y a une question de devoir que j'appellerai national, puisque nous faisons partie du corps enseignant de l'Université Laval.

Tout d'abord assistons en plus grand nombre aux réunions de la Société : que ce soit là comme un devoir pour chacun de nous. Revenons aux bonnes habitudes d'antan.

Mais cela ne serait pas suffisant ; et venir simplement se déposer béatement sur un fauteuil, séance après séance, indiquerait trop clairement un ralentissement cérébral de mauvais augure.

Non, MM., il faut faire plus : c'est nécessaire, c'est urgent. Les chefs de services hospitaliers et les cliniciens, les chefs de laboratoires et les chargés de cours sont assez nombreux parmi nous, pour que les sujets intéressants de communication ne fassent pas défaut. Le nombre est là, et la qualité aussi, MM., mais c'est l'intérêt scientifique, le zèle sacré qui font défaut.

Lorsque l'étranger se permet des remarques peu flatteuses à notre endroit, immédiatement notre susceptibilité par trop féminine s'échauffe : Et pourtant si nous étions aussi sincères que susceptibles, nous aurions l'ambition de prouver que nous savons et pouvons mieux.

Et puis il y aurait encore un moyen d'aider à notre régénération, à notre résurrection, un moyen infaillible pour stimuler le zèle et les ambitions. N'oublions pas que l'ambition est un des plus puissants leviers pour remuer les hommes.

Pourquoi la Faculté ne s'inspirerait-elle pas de ce qui se fait en France et en Allemagne.

Pour nommer à l'Agrégation

ou au Privat-Doctenisme. On sait que l'aspirant à l'agrégation doit d'abord présenter un mémoire qui porte le titre significatif de : "*Exposé des titres à l'agrégation*" ? où le candidat énumère

les recherches qu'il a entreprises, les communications qu'il a faites, les travaux qu'il a publiés, et qui établissent ainsi déjà un certain mérite.

Ainsi en est-il en Allemagne et en France.

Voire même à Paris, la Faculté est-elle plus exigeante, et avec raison, grande raison pensons-nous.

Les candidats doivent

Concourir.

Et MM., ce n'est qu'à cette condition, la meilleure sinon la seule pensons-nous, que le plus méritant arrivera, et que la Faculté recrutera un personnel d'agrégés de plus haute valeur encore, et surtout plus actifs, plus productifs et d'un plus grand crédit pour elle.

L'exemple doit toujours venir de haut MM., et c'est sur ceci que nous terminons.

Puisse

La Faculté

réaliser le besoin que nous avons non seulement de son bon vouloir, mais aussi de son encouragement effectif, et je dirais personnel ; réaliser qu'elle doit exiger davantage de ses agrégés ; qu'enfin elle doit demander encore plus qu'elle ne l'a fait dans le passé, des travaux sérieux et nombreux des candidats à l'agrégation.

Tandis que nous

Les agrégés

éveillons-nous, secouons notre torpeur et notre indifférence ; songeons davantage à nos devoirs vis-à-vis la Faculté, vis-à-vis notre Société Médicale, vis-à-vis la Profession Canadienne-Française.

Et lorsque l'exemple viendra ainsi de haut, nous verrons, du moins l'espérons-nous.

Les Praticiens

de la ville, vieux et jeunes venir nombreux aux séances de la Société parce qu'alors elles seront devenues instructives et vraiment représentatives du mouvement universitaire et scientifique.

Je ne m'illusionne nullement, MM. et je sais que celui qui dit des vérités désagréables ne se rend ni populaire ni désirable. Cette considération est très secondaire pour moi, car j'ai le sentiment intime de rendre service à une bonne cause en parlant ainsi. A vous de juger si l'on manifeste plus d'attachement et d'intérêt réel à une institution en réclamant plus d'émulation, de travail et de dévouement *effectif* pour elle, un degré plus élevé encore d'esprit scientifique et progressiste chez ses membres, ou en se contentant une fois accepté dans son sein de sommeiller béatement abrité de ses lauriers, à l'efflorescence desquels on se garderait bien de travailler tant soit peu.

BUREAU POUR L'ANNEE 1911 :

<i>Président</i>	E. P. BENOIT
<i>Vice-Président</i>	S. BOUCHER
<i>Secrétaire</i>	LUDOVIC VERNER
	397, rue Drolet
<i>Assistant-Secrétaire</i>	WILFRID DEROME
<i>Trésorier</i>	J. C. BOURGOIN

L'application pour devenir membre doit être signée par deux membres et adressée au secrétaire. La contribution annuelle est de deux piastres.

Les séances ont lieu deux fois par mois, le premier et troisième mardi, à neuf heures du soir, à l'Université Laval. Un avis, portant le programme de chaque séance, est envoyé à tous les membres.

L'ordre du jour des séances est le suivant :

- 1° *Lecture et adoption du procès-verbal.*
- 2° *Correspondance.*
- 3° *Présentation de malades, de pièces anatomiques, d'instruments.*
- 4° *Avis de Motions. — Motions.*
- 5° *Lecture de Rapports.*
- 6° *Lecture de Travaux.*
- 7° *Election des Membres.*

Autant que possible, à chaque séance, le programme comprendra un sujet de médecine, un sujet de chirurgie, un sujet d'hygiène ou d'intérêts professionnels.

ANALYSES

THERAPEUTIQUES

Le salicylate de soude en médecine et chirurgie journalières, par M. le Dr Jules MEYER, médecin-major, dans *Journal de Méd. et Chir. pratique*. Oct. 1910.

Ce travail tendant à démontrer que le salicylate de soude doit avoir un emploi beaucoup plus étendu que celui qu'on est appelé à lui donner et qui fait qu'on le réserve presque exclusivement au traitement du rhumatisme. Ses propriétés antiseptiques et analgésiques méritent d'être utilisées. M. Meyer l'a fait en particulier pour les angines, pour les affections buccales et les affections cutanées.

Pour les *angines*, il emploie le salicylate de soude sous forme de gargarismes: il prescrit généralement 6 grammes de salicylate de soude pour 120 grammes d'eau; le malade ajoute une cuillerée à soupe de cette solution dans un demi-verre d'eau très chaude et se gargarise six à huit fois dans les vingt-quatre heures. Lorsque l'angine n'est pas traitée dès le début, que déjà elle est intense, que les ganglions cervicaux sont engorgés et que l'angine est fortement inflammatoire, le malade doit se gargariser plus fréquemment — une fois toutes les heures — et la quantité de gargarisme prescrit doit être augmentée (c'est une solution au 1/20).

On sait que les solutions de salicylate de soude sont instables et s'altèrent assez rapidement, aussi est-il préférable de ne faire préparer la solution que pour une journée seulement. On peut, pour plus de commodité, prescrire des paquets que le malade fait lui-même dissoudre; mais, dans des paquets en papier, le salicylate de soude s'altère souvent, après quelques jours. Dans un flacon de verre jaune, la conservation est parfaite, et il suffit qu'une fois pour toutes l'on se soit rendu compte du volume que représente 1 gramme. Ce sont là des détails utiles dans la pratique journalière. A noter également que l'on doit, exclusivement, se servir de salicylate de soude cristallisé.

La solution de salicylate de soude a un goût douceâtre, nullement désagréable, dont les malades ne se plaignent jamais; il faut définitivement renoncer à l'aromatiser avec de la mellite ou des sirops de fruits.

Il n'y a aucun inconvénient, il est à peine besoin de le dire, si le malade en avale quelque peu: c'est précieux chez les enfants.

Employés dans les conditions indiquées ainsi, les gargarismes de salicylate de soude donnent des résultats surprenants et cons-

tants. La sensation douloureuse de constriction cesse rapidement; aussitôt après les premiers gargarismes le malade se sent mieux, la déglutition devient plus aisée. Souvent les malades manifestent leur surprise et leur satisfaction de cette rapide amélioration, c'est le phénomène qui les frappe le plus.

Dans les cas d'angine pultacée ou de pseudo-diphthérie, les fausses membranes disparaissent en vingt-quatre heures, mais l'usage du salicylate de soude doit être continué pendant quelques jours, sans quoi on voit réapparaître les fausses membranes.

Depuis tantôt quinze années que M. Meyer emploie ce mode de traitement dans les angines si fréquentes dans les milieux militaires — où les cas soumis à son observation se chiffrent par centaines chaque année — le salicylate de soude lui a donné des succès constants.

Deux cas doivent être nettement mis à part: le phlegmon de l'amygdale, qui doit être hâtivement incisé, dès que le diagnostic est établi; l'angine ulcéreuse de Vincent, qui est justiciable de l'écouvillonnage avec l'eau oxygénée, qui fait merveille.

Dans la diphthérie, bactériologiquement caractérisée, l'usage du sérum antidiphthérique s'impose et le salicylate de soude passe au second plan.

L'usage quotidien de gargarismes de salicylate de soude, le matin au réveil et le soir en se couchant, donne des résultats remarquables chez les malades sujets à des angines à répétition, dont les cryptes amygdaliennes abritent des agents microbiens ne demandant qu'à pulluler au moindre refroidissement.

Affections de la cavité buccale. — Un autre des avantages primordiaux des solutions de salicylate de soude, c'est d'être un désinfectant par excellence de la cavité buccale et de ses annexes: pharynx, amygdales et même du larynx. Le salicylate de soude agit, en outre, comme agent décongestionnant.

A ce double titre, le salicylate est un agent de tout premier ordre dans la prophylaxie et le traitement des fièvres éruptives. La gorge est, en effet, la porte d'entrée, toujours ouverte à toutes les infections; les agents microbiens y pénètrent facilement et s'y développent à leur aise.

M. Meyer a signalé l'action anesthésique qui s'observe sur la muqueuse pharyngée, il l'a également constatée sur toute la muqueuse buccale et, en particulier, sur les gencives.

Depuis longtemps, le docteur Hirtz préconise le salicylate de soude en collutoire, comme médicament de choix dans la stomatite aphteuse.

Les solutions de salicylate de soude donnent également d'excel-

lents résultats dans les ulcérations sublinguales de la coqueluche.

Après l'avulsion dentaire, de petits tampons imprégnés de solution de salicylate de soude calment presque instantanément la douleur due à la périostite du maxillaire et accélèrent la cicatrisation.

Le salicylate de soude dans les affections cutanées. — Si on laisse évaporer, sur une surface plane, sur une plaque de marbre, par exemple, une solution de salicylate de soude au vingtième, on constate bientôt une pellicule fine, un véritable vernis, une couche isolante. Par cette action isolante jointe aux propriétés antiseptiques, les solutions de salicylate de soude réalisent un excellent topique pour le lavage et le pansement de toutes les affections cutanées superficielles.

On connaît les remarquables résultats obtenus par le professeur Weil par l'emploi de linges stérilisés contre les affections cutanées des nourrissons, mais dans la pratique journalière, il est parfois difficile de réaliser cette asepsie, et les lavages avec une solution de salicylate de soude, qu'on laisse évaporer, ont donné à M. Meyer des résultats comparables.

Les crevasses du sein des nourrices guérissent facilement avec des lavages à la solution de salicylate de soude, après que la douleur a rapidement disparu.

Des pansements avec la solution de salicylate de soude, à 5 p. 100, calment la douleur des engelures ulcérées, et la cicatrisation épidermique se fait dans des conditions parfaites.

Toutes les affections cutanées superficielles inflammatoires : érythèmes, dermatites et même les lésions eczémateuses se modifient rapidement sous l'action du salicylate de soude.

L'usage quotidien d'une solution de salicylate de soude, deux ou trois fois par jour, qu'on laisse sécher après le lavage des mains et, en particulier, le soir en se couchant, protège et guérit l'épiderme palmaire de toutes les lésions superficielles, gerçures et crevasses, si fréquentes en hiver, et remplace avantageusement les divers corps gras habituellement employés : glycérine ou vaseline.

Le salicylate de soude en oculistique. — M. Meyer a eu des résultats surprenants par l'usage de la solution chaude de salicylate de soude dans la conjonctivite, et en particulier, dans le traitement des conjonctivites chroniques à répétition, de nature plus ou moins rhumatismale. On obtient des succès complets dans des cas ayant résisté à tous les agents médicamenteux les plus

variés; dans ces cas, l'usage des solutions de salicylate de soude doit être prolongé longtemps après la guérison apparente.

Dans tous les lavages, pour toutes les irrigations chaudes de l'œil, comme pour tous les pansements humides, il y a grand avantage à employer le salicylate de soude et à le substituer, en particulier, à l'acide borique.

Emploi chirurgical du salicylate de soude. — Dans toutes les plaies de la face, alors que la proximité d'organes sensibles ou de cavités contre-indique l'usage d'agents antiseptiques énergiques, les pansements avec le salicylate de soude se trouvent indiqués.

Ces pansements conviennent également bien pour toutes les plaies des membres, en particulier lorsqu'il s'agit de plaies enflammées qui ont été irritées par des agents antiseptiques.

Le salicylate de soude, de par les recherches bactériologiques, est doté d'un pouvoir antiseptique relativement faible; on peut attribuer les bons résultats qu'il donne, dans la pratique, à cette particularité que, s'il agit peu sur les agents microbiens et leurs toxines, il respecte certainement les cellules de l'organisme, leur venant en aide, loin de leur nuire, et facilite ainsi le travail de défense de l'organisme lui-même. On réalise, à l'égard des plaies suppurées, les heureux résultats que donne l'asepsie rigoureuse dans les plaies opératoires.

PHARMACOLOGIE

SANTONINE. *Nature, origine, propriétés.* (Bottu. — Presse médicale 1er octobre 1910).

Ce composé est l'anhydride ou lactone d'un corps organique, l'acide santonique, de constitution chimique connue.

Est retirée des semences de semen-contra. Se présente en cristaux incolores, inodores, légèrement amers, peu solubles dans l'eau, plus dans l'alcool et surtout les huiles. Sèche, humide ou à l'état dissous la santonine se colore en jaune sous l'action de la lumière.

Substance à haute dose vénéneuse; parmi les premiers symptômes d'intolérance, il apparaît de la xanthopsie. En solution huileuse, bien que l'action anthelminthique ne soit pas diminuée, l'absorption du médicament est retardée; elle est au contraire favorisée par les liquides alcooliques ou acides.

Pharmacologie.

Vermifuge spécialement indiqué contre les ascarides et oxyures ; analgésique dans le tabès ; antispasmodique dans les crises laryngées, la santonine serait très efficace pour combattre la dysenterie et constituerait un excellent médicament contre la glycosurie chez les diabétiques.

Doses limitées pour un adulte :

Par dose, 0 gr. 10 ; par 24 heures, 0 gr. 30.

Pour un enfant :

Par dose, 0 gr. 05 par 24 heures, 0 gr. 15.

Formes pharmaceutiques.

Poudre vermifuge, (paquet, cachet, pilules)

Pour une prise	0 gr. 02	pour 2 ans.
—	0 gr. 03	— 3 —
—	0 gr. 01	— 4 —
—	0 gr. 05	— 5 —
—	0 gr. 10	— adulte.

On associe généralement, par prise, 0 gr. 15 de calomel et 1 gramme de lactose.

Tablettes officinales de santonine.

Une tablette contient 0 gr. 01 de santonine.

Solutions huileuses.

Santonine.....	0 gr. 04
Huile d'olive. Q. S. pour.....	60 c. c.
Une cuillerée à soupe contient 0 gr. 01 de Santonine	
Santonine	0 gr. 30
Huile d'olive. Q. S. pour.....	150 c. c.
Une cuillerée à soupe contient 0 gr. 03 de santonine.	

BIBLIOGRAPHIE

Fêtes du 75^e anniversaire de l'Association St-Jean-Baptiste de Montréal, Juin 1909. — Recueil souvenir, publié sous la direction de G. A. Marsan, avocat, secrétaire-général de l'Association. Arbour et Dupont, imprimeurs, 419-421, rue St-Paul. Montréal 1910.

Le comité général a publié un beau volume de 386 pages, sur les fêtes du 75^e anniversaire de la St-Jean-Baptiste, à Montréal, en juin 1909.

On y trouve d'abord, l'exquise historique de notre grande association nationale, puis le programme général des fêtes de 1909.

Plus loin, on lit un excellent compte-rendu de la cérémonie de la pose de la première pierre du monument Lafontaine, le plus grand parmi nos hommes d'Etat. Belle démonstration de patriotisme éclairé; beaux discours de la part de quelques-uns de nos meilleurs orateurs canadiens.

Enfin, on y trouve, synthétisée, l'histoire de la fédération des sociétés catholiques canadiennes-françaises, dont M. le Dr Dubé, un de nos directeurs, est le président.

C'est un volume à la fois attrayant et historique. Nous félicitons le secrétaire général, M. Marsan, qui s'est imposé la tâche de rassembler tous ces documents et de les présenter au public canadien-français dans une forme aussi agréable qu'instructive.

La Psychologie de l'attention, par N. Vaschide et Raymond Meunier, 1 vol. in-16 de la collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 3 francs. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VI^e).

Les auteurs ont exposé dans un récent volume de la même collection la Pathologie de l'Attention. Ils ont essayé, dans ce nouveau volume, de poser à nouveau le problème de l'Attention sur son terrain expérimental et d'en différencier les aspects. Ils ont posé les conclusions qu'autorisaient les données expérimentales actuellement existantes sur la question.

Parmi ces données ils ont fait un choix sévère, ne retenant que celles qui semblaient caractéristiques et qui montraient un aspect nouveau de l'attention agissante.

“Ce n'est point, disent-ils dans leur introduction, une revue générale que nous avons voulu tenter: c'est une position de problème, montrant toute l'étendue d'une question qu'on a, pensons-nous, généralement trop limitée et conduisant à une théorie dynamique que chacun des faits présentés nous semble justifier. Le plan même de notre travail doit indiquer son but.”

Recherches d'anatomie chirurgicale sur les artères de l'abdomen :

Le Tronc cœliaque, par Pierre Descomps, prosecteur des hôpitaux. Un volume in-8 jésus de 210 pages, avec 97 figures. Prix, cartonné: 10 francs. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1910.

M. Pierre Descomps s'est proposé d'entreprendre, à l'amphithéâtre des hôpitaux, des recherches d'anatomie chirurgicale sur les artères de l'abdomen. La connaissance des dispositions vasculaires représente, en effet, la base des systématisations topographiques, en donnant la formule architecturale des régions, utile au point de vue de l'anatomie médico-chirurgicale appliquée.

Ce premier travail étudie le tronc cœliaque et son territoire, en apportant un grand nombre de documents, qui, à divers titres, sont susceptibles d'intéresser les anatomistes et les chirurgiens, par conséquent les étudiants et les praticiens qui ont à connaître l'étage supérieur de la cavité abdominale: estomac, pylore, duodénum, pancréas, foie, voies biliaires.

Sur cinquante sujets adultes, les artères abdominales ont été injectées, puis préparées dans le territoire du petit épiploon et de la région cœliaque, plus spécialement au niveau du pédicule hépatique. Un dessin a été établi pour chacune de ces cinquante dissections. Toutes ces figures, réparties dans le texte par catégories, sont reproduites en grandes dimensions. Le lecteur peut donc facilement, en feuilletant l'ouvrage, voir défiler sous ses yeux, en des images demi-schématiques très nettes, les dispositions de ces nombreuses et importantes artères, les variations parfois très grandes de leur morphologie, ainsi que les variations de leurs rapports, entre elles, avec les gros vaisseaux voisins, et avec les viscères chirurgicaux régionaux.

La comparaison détaillée de ces documents en série, a fourni des conclusions, qui sont étudiées par moyennes, par conséquent toujours exprimées par des chiffres qui fixent, par des formules brèves et précises, les pourcentages des types et de leurs variations. Des schémas très simples résument, en tableaux faciles à lire et à saisir d'un seul coup d'œil, les points les plus importants à retenir: le lecteur n'a point ainsi à aller les découvrir laborieusement dans le texte.

Ce texte comporte, en effet, de nombreux détails d'anatomie morphologique: tous ceux qui ont été notés au cours de ces longues observations. Il renferme en outre, avec tous les développements nécessaires, des remarques d'anatomie topographique régionale en vue des applications médico-chirurgicales.

L'ordre d'exposition choisi est l'ordre anatomique, en suivant les ramifications successives des diverses artères, depuis le tronc

jusqu'aux branches extrêmes. Après l'étude de chaque artère, viennent s'ajouter, en petit texte, des notes et remarques bibliographiques et critiques, classées elles-mêmes par catégories. Elles peuvent être intéressantes, pour le lecteur, à titres divers, soit par elles-mêmes, soit pour la comparaison avec les résultats des recherches personnelles de l'auteur ou les compléments qu'elles peuvent leur apporter. La plus large place a été réservée aux documents récents, et plus spécialement à ceux qui touchent à l'anatomie médico-chirurgicale pratique.

Paris Médical, la Semaine du Clinicien, publié sous la direction du professeur GILBERT. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris. Abonnements: France 12 francs, Etranger 15 fr. Les abonnements partent du 1er de chaque mois. Abonnements d'essai à 4 numéros: 1 fr. pour tous pays. Numéro spécimen: 0 fr. 25 pour tous pays. Les mille premiers abonnés recevront une prime gratuite.

Plus nombreux chaque jour, sont les médecins avides de nouveautés qui, malgré toutes leurs occupations tiennent à vivre, au jour le jour, l'admirable épopée contemporaine des Sciences médicales, et qui veulent être les premiers à pouvoir faire bénéficier leurs malades de tous les perfectionnements.

Ces lecteurs, qui, toute leur vie durant, étudient, à l'affût de tout livre, de toute revue, de tout journal capables de les renseigner et de les instruire, nous les connaissons bien et depuis longtemps. Avec eux, grâce à eux, s'est édifié le grand *Traité de médecine et de thérapeutique*, plus connu sous les noms de Bronardel-Gilbert, puis de Gilbert-Thoinot, et paru sous la même direction et chez le même éditeur que ce journal. La *Bibliothèque Gilbert-Fournier*, la *Bibliothèque de thérapeutique Gilbert-Carnot*, sorties des mêmes presses, ont obtenu le même succès attesté par des éditions et des tirages successifs, ainsi que par de multiples traductions étrangères. Si la plus grande part de ce succès revient aux éminents collaborateurs de ces livres, il témoigne aussi de l'intime communion d'idées qui nous lie à notre public, et de la sympathie fidéliée qu'il nous témoigne.

Sous une forme plus actuelle et plus vivante encore, *Paris médical* a pour but de compléter et de continuer les œuvres précédentes, en tenant, à la fin de chaque semaine, le clinicien au courant de tous les progrès, scientifiques et pratiques, qui peuvent l'intéresser.

* * *

L'élaboration de *Paris médical* est assurée de la façon suivante : sous la direction du professeur Gilbert, s'est groupé un comité de rédaction, composé d'agrégués, médecins et chirurgiens des hôpitaux aimant le journalisme, décidés à payer de leur personne et à organiser méthodiquement les diverses parties du journal suivant les affinités propres de chacun.

M. Jean Camus, agrégé à la Faculté de Paris, se consacrera plus spécialement à la neurologie, à la psychiatrie, à la physiologie générale.

M. Paul Carnot, agrégé, médecin des hôpitaux, s'occupera de la thérapeutique et des maladies digestives.

M. Dopfer, agrégé au Val-de-Grâce, s'occupera de la bactériologie, de l'épidémiologie, de l'hygiène, des maladies infectieuses.

M. Pierre Lereboullet, médecin des hôpitaux, s'occupera de la pédiatrie, des maladies respiratoires, circulatoires, rénales.

M. Linossier (de Vichy), agrégé à la Faculté de Lyon, s'occupera des maladies de la nutrition, de la diététique, des eaux minérales.

M. Millian, médecin des hôpitaux, s'est chargé de la dermatologie et des maladies vénériennes.

M. Mouchet, chirurgien des hôpitaux, s'occupera de la chirurgie infantile, de la chirurgie des membres et du rachis.

M. Anselme Schwartz, agrégé, chirurgien des hôpitaux, s'occupera de la chirurgie générale et de la chirurgie viscérale.

M. Paul Cornet, médecin en chef de la préfecture de la Seine, étudiera les questions de médecine sociale (accidents du travail ; lois et règlements ; assistance publique et privée ; mutualités ; syndicats).

M. Albert Weil, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau, étudiera les questions de physiothérapie ; l'un et l'autre rempliront en même temps les difficiles fonctions de secrétaires généraux de la rédaction.

Enfin, les éditeurs, MM. Baillière apporteront, à l'administration et à la tenue du *Paris médical*, les solides qualités qui ont déjà assuré le succès de nos grandes collections : leur nom seul est une garantie de succès.

* * *

Ce journal est destiné au *clinicien* : il aura donc, avant tout, des aspirations cliniques : ses articles originaux, ses revues générales, ses questions de pratique médicale, chirurgicale, obstétricale, thérapeutique viseront, toujours, l'application immédiate au malade, objet de toutes nos préoccupations et de tous nos soins.

Nous n'oublierons pas, cependant, que ce qui distingue le clinicien français, c'est sa culture générale, l'intérêt qu'il porte aux spéculations élevées, ses tendances vers un idéal scientifique et moral. Aussi nous garderons-nous d'abaisser le niveau de ce journal à trop de terre à terre.

Au point de vue scientifique, et à côté des questions pratiques, nous ne craignons pas de rendre accessibles à tous des problèmes souvent ardu; nous chercherons même à mettre nos lecteurs au courant de toutes les grandes questions scientifiques qui se résolvent actuellement, celles-ci fussent-elles d'ordre physique, chimique, biologique, voire même technique; nous consacrerons, dans ce journal, une place spéciale à des chroniques scientifiques: car nous voudrions qu'il soit à la fois le journal médical et le journal scientifique du médecin.

Au point de vue moral, nous nous garderons de négliger les questions sociales qui, à tant d'égards, intéressent le médecin. Les questions d'assistance, de solidarité, d'éducation seront traitées avec toute la largeur de vues et l'élévation possibles.

* * *

Une fois par mois, premier numéro du mois, paraîtra un *numéro mensuel*, plus important que les autres, consacré à une spécialité. Une courte revue mettra le clinicien au courant des questions actuelles; des articles originaux traiteront les points les plus intéressants en discussion; des articles pratiques résumeront certains points utiles de diagnostic ou de thérapeutique; enfin le côté historique ou artistique de cette branche ne sera pas non plus négligé: ces numéros mensuels sont destinés, dans notre pensée, non au spécialiste, mais au contraire au clinicien qui désire être mis, une fois par an, au courant des progrès d'une branche qu'il ne suit, d'habitude, que d'un œil assez distrait.

Une fois par mois également, troisième numéro du mois, paraîtra une *revue générale*, sur un sujet important, avec la préoccupation constante de résumer, sous une forme intelligible à tous, et sans documentation fastidieuse, l'ensemble d'une question.

Les autres numéros seront constitués par des articles originaux, par plusieurs articles de médecine pratique, par des résumés relatifs à des travaux français et étrangers, par des analyses, par des revues des principales sociétés, etc.

La partie extrinsèque du journal comprendra, d'une part, une série de *renseignements médicaux*, qui seront, tantôt des formules, tantôt des recettes diététiques ou culinaires, tantôt des descriptions d'appareils nouveaux; d'autre part, une série de *renseignements para-médicaux* capables d'intéresser le médecin.

LA RÉDACTION.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, octobre 1910. Numéro spécial consacré au *Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, tenu à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910. *Section de gynécologie*, 144 pages avec figures. Prix: 5 fr.

Questions mises à l'ordre du jour. — I. — Les tumeurs solides de l'ovaire: M. Mériel, rapporteur. *Discussion*: MM. Jeannel et Dambrin, Vanverts, Gaudier, Pozzi, Siredey, Hartmann, Bœckel, Faure (J.-L.).

II. — La sténose du pylore, par hypertrophie musculaire, chez les nourrissons: MM. Pierre Fredet et Louis Guillemot, rapporteurs. *Discussion*: MM. Durante, Grisel, Nové-Josserand.

III. — Mégacolon: M. Patel, rapporteur. *Discussion*: MM. Bœckel, Frohlich, Hartmann.

Communications diverses.—Traitement des salpino-ovarites chroniques: MM. de Rouvillé, Siredey, Hartmann, Aug. Pollosson. — Des pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges: MM. P. Bégonin, Pozzi, Raymond. — Les métrorragies virginales. Etude histologique de la muqueuse utérine dans une forme particulière de métrorragie observée chez des jeunes filles: MM. Siredey et Henri Lemaire. — Les traumatismes de l'isthme utérin: M. Roulland. — Traitement des métrorragies par pincement instrumental du col: M. Pollosson. — Drainage latéral de l'abdomen: MM. Bériel, Vanverts, Hartmann. — De la pathogénie de la hernie pré-inguinale. Un cas d'hydrocèle congénitale du canal de Nuck: MM. Vanverts, Patel. — Hystérectomie subtotale: MM. Faguet, Faure. Fibrome utérin sphacélé au cours de la grossesse: M. Chavannaz. — Opérations sur le rein et grossesse: MM. Pousson, Hartmann, Pinard. — Urétrite proliférante hémorragique: MM. Nogues, Hartmann. — Hémorragies utérines dans un cas d'oblitération complète de l'orifice du col: M. Raymond. — Les formes anatomiques et cliniques du prolapsus. Déductions thérapeutiques: M. Violet. — Traitement des cystocèles par fixation vésicale rétro-utérine: M. Raymond. — Hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture de la trompe: MM. Raymond, Pozzi. — La muqueuse utérine dans la grossesse tubaire rompue: M. Mériel. — Cancer du col utérin propagé à la vessie et aux ulcères. Indications opératoires: M. Aug. Pollosson. — La rachistovainisation précédée de scopolamine et morphine dans les opérations gynécologiques: MM. Aug. Pollosson, Hartmann. — Sutures et ligatures métalliques à fil perdu: M. A. Nanta. — Kystes des petites lèvres: MM. Audebert et Mériel.

Petite Chirurgie pratique, par Th. TUFFIER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon et P. DESFOSSES, ancien interne des hôpitaux, chirurgien du Dispensaire de la Cité du Midi. *Troisième Edition, revue et augmentée.* 1 vol. gr. in-8° de XII-570 pages, avec 325 figures dans le texte, relié toile: 10 fr., chez Masson & Cie, à Paris.

Ecrire pour les infirmières, les étudiants et les jeunes praticiens, un livre élémentaire contenant tout ce qu'il est indispensable de connaître en petite chirurgie, tel est le but que se sont proposé les auteurs. Le succès a répondu à leur tentative, puisqu'ils présentent aujourd'hui au public médical une troisième édition. Celle-ci a été soigneusement revue, élaguée de toutes les méthodes surannées et inutiles, et augmentée au contraire de toutes les nouvelles acquisitions scientifiques. On trouvera dans cet utile petit volume les matières suivantes : soins à donner aux malades ; petites interventions courantes ; matériel chirurgical ; asepsie ; anesthésie ; pansements ; petite chirurgie journalière ; immunisation ; soins préopératoires et postopératoires ; petite chirurgie spéciale (œil, oreilles, bouche et dents, urètre et vessie) ; appareils pour fractures ; appareils plâtrés orthopédiques ; éléments de kinésithérapie, de gymnastique chirurgicale et de massage.

Des figures très nombreuses et très claires illustrent le texte de ce volume qui rendra les plus grands services aux praticiens et à tous ceux qui soignent ou entourent des malades.

— C'est un livre que nous recommandons à tous les médecins-praticiens, surtout à la campagne, ainsi qu'aux étudiants. C'est le premier et le seul livre aussi immédiatement pratique qu'on ait publié depuis 10 ans. Tout les connaissances techniques usuelles y sont exposés clairement et avec un luxe de figures qui en simplifient la compréhension.

UNE BONNE OCCASION

Un médecin Canadien-Français, parlant anglais et ayant quelques capitaux à investir, trouvera quelque chose de très avantageux en communiquant avec Casier Postal No 169, Knowlton, Qué.

SUPPLEMENT

LA VALEUR PHYSIOLOGIQUE ET LES PROPRIETES ANALEPTIQUES DU VIN

(fin)

En étudiant d'une façon méthodique et scientifique les propriétés du vin pris à l'état de pureté, nous avons vu que les savants et les expérimentateurs lui reconnaissent des effets heureux sur la digestion, sur la circulation, sur le maintien de la température du corps, grâce au nombre de calories que contient cet aliment d'épargne, enfin sur la tonicité du système nerveux.

Pour fixer l'attention et indiquer autant que faire se peut en pareille matière une quantité précise, les auteurs dont nous avons étudié les travaux estiment que 30 gr. d'alcool par jour pris à l'état de vin et aux repas sont une dose permise et même recommandable dans bien des cas où l'organisme a besoin d'être soutenu et réconforté.

Un vin médicinal ajoutera, c'est évident, aux propriétés naturelles, analeptiques d'un bon vin la valeur thérapeutique des composants qui s'y trouvent contenus. On peut ainsi obtenir un médicament d'une efficacité remarquable.

Nous avons vu que le vin Menut répond à toutes les qualités requises pour un bon vin médicinal et aux exigences les plus grandes qu'un médecin a le droit de formuler.

En outre de l'iode dont nous avons noté les heureux effets sur la diarrhée et sur la sécrétion des diverses glandes de l'économie, le vin Menut contient encore: le maté, la kola, l'extrait de quinquina, les phosphates organiques.

Les deux premiers: le maté et la kola ont une action à peu près identique. Ce sont deux aliments d'épargne.

L'usage du maté est très répandu dans l'Amérique du Sud. Nos confrères médecins de ces contrées mieux que nous savent tous les avantages qu'on peut retirer de cette précieuse substance. L'alimentation militaire de ces pays comprend l'infusion du maté. Les habitants eux-mêmes font une grande consommation des feuilles de cet arbuste principalement dans leurs courses, leurs expéditions et pour tous les travaux pénibles qu'ils ont à exécuter.

En France où son usage est peu répandu, les physiologistes les plus éminents exaltent aussi ses propriétés.

C'est ainsi que le professeur Gubler de Paris le considère comme un agent physiologique dynamophore, pour noter qu'il relève les forces abattues et soutient l'énergie. Le Dr Moreau de

Tours, déclare que le maté est un stimulant général de toutes les fonctions de l'organisme et en particulier de l'intelligence et de la motilité.

Le Dr Doublet affirme de son côté, après en avoir fait une expérience personnelle, que "le grand mérite du maté c'est d'être "à la fois nutritif et fortifiant. Le maté facilite les travaux de "l'esprit qu'il tient éveillé et lucide."

Les médecins étrangers, O. Follovel et Rorke reconnaissent au maté l'avantage d'être un aliment d'épargne capable de diminuer la fatigue et d'exciter au travail.

Nous ne dirons que peu de chose de la kola dont le principe actif la caféine a des effets semblables à ceux de la maltéine. Cependant le Dr Plicque a écrit: "La kola n'agit pas seulement par sa caféine en augmentant l'énergie des contractions cardiaques, "elle possède encore une action plus soutenue s'adressant à tout "le système musculaire de la vie organique."

Le quinquina entre aussi dans la composition du vin Menut. Il était indispensable d'y mettre cet excellent tonique toujours très usité contre toutes les manifestations de faiblesse musculaire, de débilité organique, en un mot d'asthénie pour employer l'expression si courante aujourd'hui.

Le quinquina jouit en effet de propriétés multiples sans compter que ses heureux succès sont souvent expliqués par ce fait qu'on se trouve maintes fois, sans le savoir, en présence de troubles morbides qui relèvent de l'impaludisme chronique.

Enfin un dernier tonique achève la composition du vin Menut, c'est le phosphore qui s'y trouve à l'état de phosphates organiques.

Tout a été dit sur les avantages de la médication phosphorée. On a dit et démontré que le phosphore est l'élément indispensable de la cellule nerveuse que la déminéralisation est le signe avant-coureur des maladies consomptives: anémie, tuberculose, etc.

Récemment Ferrier par de nombreuses observations a été amené à considérer que la caractéristique du terrain tuberculisable ou tuberculisé se manifestait par la décalcification reconnaissable à la carie dentaire si fréquente chez les tuberculeux.

Il a remarqué en outre que les poussées de carie dentaire coïncidaient fréquemment avec les poussées de tuberculose et qu'inversement la carie dentaire s'arrêtait chez les tuberculeux améliorés ou guéris.

Les phosphatés les plus assimilables sont les phosphates organiques.

Par l'étude que nous venons de faire nous avons passé en revue chacun des éléments qui composent le vin Menut.

Il est maintenant facile de résumer et de conclure.

Nous avons dans ce vin médicinal *de l'iode* : un diurétique et un excitant général de toutes les glandes dépuratives de l'organisme;

Du *maté* et de la *kola* deux stimulants de l'énergie et des fonctions vitales;

De l'extrait de quinquina et des phosphates, les deux toniques reconnues les meilleurs et les plus actifs dans une foule d'états morbides ou asthéniques.

Tous ces éléments sont confondus, incorporés dans un vin authentique et généreux qui en est la base et qui en fait une véritable liqueur.

Nous ne croyons pas qu'il existe une préparation similaire capable d'offrir au praticien en outre de ces heureuses qualités autant de ressources thérapeutiques.

DR DEBRETEUIL.

LA SULFOLEINE, MÉDICAMENT SPÉCIFIQUE DE LA COQUELUCHE

Par le Dr E. ROZET,
d'Orléans

Ce médicament spécifique de la coqueluche existe actuellement : c'est la Sulfoléine. Son principe actif, le Sulfolitholate d'ammonium a pour formule : $C_56 H_{36} S_6 (Az H_4) 4 012$. Le facteur essentiel de l'activité de ce produit est sa forte teneur en Soufre (17%), mais d'un Soufre organique, à l'état de combinaison particulière.

Étudié au point de vue physiologique et clinique par les maîtres allemands, russes, italiens et français, ce composé a reçu maintes applications thérapeutiques intéressantes. Les travaux des auteurs ont montré que ce médicament très soluble, facilement éliminé, toxique à aucune dose, avait une action dissolvante des exsudats inflammatoires, une action vaso-constrictive et par conséquent analgésique; il a, en plus, une action antiparasitaire et antiseptique, action qui s'exerce aussi bien sur les appareils gastro-intestinal et génito-urinaire que sur l'appareil pulmonaire. C'est enfin un médicament d'épargne qui restreint la destruction de l'albumine, réveille l'appétit, régularise la digestion, active la nutrition; en un mot il exalte les réactions de défense de l'organisme.

Des faits de hasard et d'observation combinés nous ont amené à l'employer systématiquement dans la coqueluche avec les résultats les plus convainquants.

Nous avons déjà publié un travail complet (1) sur la question;

(1) Cent huit cas de coqueluche traités par l'emploi systématique de la Sulfoléine., Docteur E. Rozet. édité par le Laboratoire Freyssinge, 6, rue Abel, Paris.

ici-même, nous ne pouvons donner que les conclusions de ce travail.

La première manière d'apprécier l'efficacité de la sulfoléine est d'étudier son influence sur la mortalité par coqueluche. Les statistiques hospitalières classiques fournissent une mortalité de 20 à 33%. Une statistique exceptionnellement favorable, obtenue dans des conditions particulières, celle du Dr Hutinel, donne une mortalité de 4,36%. A l'heure actuelle notre pratique personnelle porte sur 160 cas de coqueluche, traités par l'emploi systématique de la Sulfoléine. Or nous avons eu un décès sur 160 cas, soit une mortalité de 0,62%. La Sulfoléine peut donc réaliser une notable économie de vies humaines.

Pénétrons plus avant le mécanisme de cet abaissement de la mortalité: en définitive, ce qui tue dans la coqueluche, ce sont les complications broncho-pulmonaires fébriles, particulièrement la broncho-pneumonie. Les classiques rencontrent ces complications dans 14 et 16% des cas, avec une mortalité de 11,8% de ce chef. Dans notre pratique, nous ne trouvons ces complications pulmonaires que dans 9,2% des cas avec un seul décès. Il y a déjà là un écart notable avec les 14 et 16% des classiques. Encore cette proportion, très précise en ne considérant que les chiffres bruts, ne représente pas l'exacte vérité en ce qui concerne la Sulfoléine. La lecture de nos observations nous montre en effet que les complications broncho-pulmonaires en question ne sont survenues que dans 3,70% des cas après le début de la médication par la Sulfoléine. Les autres cas étaient déjà en évolution quand nous avons vu les malades pour la première fois et commencé leur traitement par la Sulfoléine. Ces chiffres montrent donc toute l'efficacité de la Sulfoléine pour prévenir et guérir les broncho-pneumonies de la coqueluche.

L'influence de la Sulfoléine sur la durée de la période quinteuse est également remarquable. Nous avons pu dresser des statistiques précises et établir des moyennes sur 87 cas. Nous avons ainsi obtenus les tableaux suivants très démonstratifs:

	Durée moyenne
Sulfoléine donnée à toute période, 87 cas.	24 jours
Sulfoléine donnée avant le 8e jour de quintes, 50 cas.	18 jours
Sulfoléine donnée avant le 5e jour de quintes, 35 cas.	17 jours
Sulfoléine donnée avant les quintes, 10 cas.	11 jours

On voit par ce tableau la faible durée moyenne de nos coqueluches et l'action de la sulfoléine d'autant plus évidente qu'elle a été administrée plus près du début de l'infection.

Un autre tableau présente les mêmes résultats sous une autre forme:

Sur 87 cas guéris par la Sulfoléine:

Coqueluches ayant avorté (pas de quintes)	2	cas
“ “ duré de 1 à 9 jours	2	“
“ “ “ 10 à 19 “	27	“
“ “ “ 20 à 29 “	35	“
“ “ “ 30 à 39 “	16	“
“ “ “ 51 “	1	“
“ “ “ 66 “	1	“

Si nous comparons ces résultats à ceux de Rilliet et Barthez dont les coqueluches ont duré plus de 40 jours dans 75% des cas, on verra toute la supériorité de la Sulfoléine.

La Sulfoléine a aussi une action manifeste sur le nombre de quintes par 24 heures; il est plus difficile de le prouver absolument car les points de comparaison manquent. Pourtant en nous reportant à la description classique de Le Gendre d'une coqueluche normale de moyenne intensité on apprend que le nombre des quintes par 24 heures va en augmentant du 1er au 18 ou 25e jour, puis reste stationnaire, pour décroître ensuite. Traduisons ces données par une courbe: il est facile de voir que cette courbe est ascendante, reste en plateau, pour devenir descendante, rappelant assez fidèlement la courbe de température d'une fièvre typhoïde normale. Au contraire, la courbe de quintes des coqueluches traitées par la Sulfoléine est presque constamment descendante, prouvant ainsi l'action du médicament sur le nombre quotidien des quintes.

De même aussi, la force de chaque quinte est le plus souvent diminuée; mais c'est là une affirmation qu'on peut émettre sans pouvoir la prouver.

Il y aurait encore beaucoup de détails à préciser mais le cadre de cet article nous oblige à nous borner aux grandes lignes, renvoyant le lecteur, quant au surplus, au travail complet que nous avons cité plus haut.

En tout cas ce rapide exposé prouve que la Sulfoléine est le médicament spécifique de la coqueluche, diminuant remarquablement la mortalité de cette affection, diminuant la fréquence et atténuant la gravité des complications pulmonaires fébriles, raccourcissant très notablement la durée de la maladie, et influençant la force des quintes et leur nombre par 24 heures.

C'est plus qu'il n'en faut pour justifier son emploi systématique à l'exclusion des autres médications, souvent toxiques, le plus souvent inefficaces.

L'EXPERIENCE PERSONNELLE

Oscar F. Baerens, M. D., Ph. G.,

Professeur des maladies du nez, gorge, oreille, Collège des Médecins et Chirurgiens de St-Louis, Mo.

L'expérience est la base du succès professionnel.

Comme professeur, mon observation me permet d'affirmer que les étudiants profitent davantage d'une lecture ou clinique illustrée que d'une longue dissertation avide vite oubliée; et, j'ai toujours suivi cette méthode d'enseignement.

Comme spécialiste, je considère la propreté comme le premier traitement des affection catarrhales.

Il existe beaucoup de préparations dont les échantillons nous sont distribués à profusion et qui peut-être, méritent notre attention, mais avec le peu de temps à notre disposition, il vaut mieux se familiariser surtout avec les préparations "titrées" et de s'en servir en l'occasion.

Comme ancien pharmacien, j'ai eu l'avantage de juger des mérites d'un grand nombre de préparations pharmaceutiques et je crois pouvoir dire que la glyco-thymoline occupe le premier rang comme préparation douce et antiseptique. Je ne veux pas mentionner l'opinion identique d'un grand nombre de médecins qui en ont fait l'expérience, mais je puis dire que, depuis huit années d'un usage exclusif en pratique, je n'ai que me glorifier des résultats obtenus.

Les produits extraits des eaux d'Ems et particulièrement les pastilles d'Ems, par le docteur Hermann PAULL, méd. directeur de l'Institut des moyens physiques de Karlsruhe.

De nos jours il s'est fait un tel abus de produits chimiques nouveaux prônés comme devant rétablir, raffermir ou conserver la santé, le charlatanisme a fait de tels progrès et les remèdes secrets inondent à tel point le marché que le médecin est devenu avec raison sceptique quand on lui présente une nouveauté dans le domaine de la thérapeutique. Ne trouve-t-il pas presque tous les jours sur son bureau un nouveau remède qui, au dire de son inventeur, doit reléguer à l'ombre tous les autres produits similaires, et leur être supérieur à tous les points de vue ?

Malheureusement ce flot toujours montant de produits chimiques tout nouveaux, et encore plus nouveaux, submerge et fait tomber dans l'oubli d'anciens agents bien éprouvés et dont la va-

leur est cependant incontestable. Parmi ces agents un peu oubliés par les docteurs et dont la presse médicale ne parle pour ainsi dire plus malgré leur vieille et légitime renommée, il convient de citer les produits extraits des eaux d'Ems. Non pas que nous voulions faire entendre que le public lui aussi a oublié ce trésor qu'est Ems pour la santé. Bien au contraire, sa foi dans les vertus curatives des eaux d'Ems reste inébranlable, malgré cette avalanche de remèdes et d'aliments nouveaux. Le nombre des malades venant se faire soigner à Ems s'accroît d'année en année et la quantité de récipients remplis d'eau d'Ems exportés augmente dans des proportions inimaginables : en 1907 on a atteint le chiffre colossal de 3.270,000 bouteilles et eruchons. Il en est de même pour la fabrication des pastilles d'Ems, ces pastilles qui sont faites, non avec des sels artificiels, mais bien avec les sels naturels solubles extraits par évaporation de l'eau minérale d'Ems qui y restent donc exactement dans les proportions naturelles.

Il y a là de quoi attirer l'attention des savants et les engager à étudier sérieusement les produits extraits des eaux d'Ems. Tout le monde sait que les sources d'Ems sont les seules sources chaudes bicarbonatées chlorurées sodiques d'Allemagne et d'Autriche. D'après l'analyse de Frésenius faite en 1903 la "Kränchen", la plus renommée des sources d'Ems, contient pour 1000 grs.

Bicarbonate de soude ($\text{Na}^2 \text{O} [\text{CO}^2]^2$).. . . .	1,955 414
" " lithium ($\text{Li}^2 \text{O} [\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,003 732
" " d'Ammonium ($\text{AmO}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,001 883
Sulfate de soude ($\text{Na}^2 \text{SO}^4$).. . . .	0,023 890
Chlorure de sodium (Na Cl).. . . .	1,026 032
Bromure " " (Na Br).. . . .	0,000 487
Jodure " " (Na J).. . . .	0,000 020
Phosphate " " ($\text{Na}^2 \text{HP O}^4$).. . . .	0,001 353
Sulfate de potassium ($\text{K}^2 \text{SO}^4$).. . . .	0,047 326
Bicarbonate de calcium ($\text{Ca O}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,234 073
" " strontium ($\text{Sr O}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,002 050
" " baryum ($\text{Ba O}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,001 059
" " magnesium ($\text{Mg O}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,207 920
" " fer ($\text{Fe O}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,003 633
" " manganese ($\text{Mn O}[\text{CO}^2]^2$).. . . .	0,000 156
Silice (Si O^2).. . . .	0,047 299
	Ensemble 3,556 337
Acide carbonique libre.. . . .	1,099 528
	1,655 865

Les principales indications de l'eau d'Ems résultent de la présence dans cette eau du bicarbonate de soude, du chlorure de sodium et de l'acide carbonique libre. Il saute aux yeux que grâce à ces corps elles doivent être surtout indiquées dans les affections des muqueuses des voies respiratoires et digestives. Empressons-nous de dire cependant que ce serait une grande erreur de ne pas tenir compte des autres sels que contient l'eau d'Ems quand il s'agit de définir la valeur thérapeutique d'elle-ci. Tous ceux qui s'occupent d'eaux minérales savent fort bien que les corps principaux que nous venons de citer employés isolément sont loin d'avoir les mêmes vertus curatives que l'eau de la source d'Ems dans sa totalité.

En ce qui concerne la valeur thérapeutique des principes naturels des eaux thermales, comparée à celle des produits chimiques analogues obtenus artificiellement et mélangés en des proportions identiquement semblables à celles révélées par l'analyse des eaux, les savants se divisaient autrefois en deux camps opposés. Les médecins qui se basaient sur la pure théorie chimique scientifique ne voulaient admettre aucune différence entre les produits naturels et les produits artificiels, tandis que les médecins empiriques et particulièrement les médecins des villes d'eaux ont de tout temps nié l'identité de ces produits au point de vue thérapeutique. Depuis la découverte de la radioactivité des eaux minérales, les théoriciens ont bien dû baisser pavillon devant les empiriques et reconnaître qu'il leur était impossible de tout savoir. Aujourd'hui donc nous pouvons établir comme un fait universellement reconnu que les produits artificiels obtenus même avec les plus grands soins et mélangés dans les proportions les plus semblables possibles à celles indiquées par les analyses des eaux des sources, ne peuvent tout au plus avoir que la valeur de succédanés.

Il suit de ce que je viens de dire que, sans le moindre doute, il n'y a qu'un mode d'emploi vraiment idéal de l'eau d'Ems, c'est d'aller la boire à la source même. C'est là où l'eau s'échappe chaude de la terre et qu'elle peut être directement utilisée en boisson, bains, gargarismes inhalations, qu'elle a de tout temps produit son maximum d'effet thérapeutique. Mais comme il n'est pas toujours donné au médecin de mettre ses malades dans ces conditions idéales, il faut bien qu'il se contente de lui faire des prescriptions qui sans être idéales sont cependant bonnes. Les établissements thermaux d'Ems ne sont ouverts qu'en été et au surplus tout le monde ne se trouve pas dans une situation à pouvoir faire une cure.

Voilà pourquoi l'eau d'Ems a de tout temps été consommée en quantités considérables pour des cures à domicile, en dehors de la

station. Le chiffre atteint en 1907 de 3,270 000 bouteilles et cruchons expédiés dans toutes les parties du monde peut à bon droit être considéré comme une preuve éclatante de sa valeur.

Mais l'extraction des sels des eaux d'Ems qui pris dans ces dernières années une si énorme extension doit aussi tout particulièrement attirer l'attention des médecins et des savants. Voici les raisons qui ont amené à perfectionner la fabrication de ces produits : l'eau d'Ems en flacons et en bouteilles est évidemment parfaitement appropriée pour des cures à domicile selon toutes les règles, qu'il s'agisse de cure de boisson ou de cure d'inhalation. Mais pour un usage occasionnel et de peu de durée c'est là une forme d'un maniement vraiment trop peu commode.

Le besoin d'un remède antiglaireux et calmant la toux, pour un usage purement occasionnel ne se fait pas seulement vivement sentir en hiver, époque à laquelle il y a tant de catarrhes aigus et subaigus, mais aussi à toutes les saisons, aujourd'hui que la vie des grandes villes, la vie dans les bureaux et dans l'air vicié des fabriques, produit des détériorations chroniques des muqueuses des voies respiratoires supérieures. Aussi peut-on dire que le nombre de ces remèdes d'un usage purement occasionnel est actuellement légion.

C'est à ce besoin si généralement reconnu que la direction des sources et établissements thermaux d'Ems a voulu répondre en fabriquant les pastilles d'Ems.

Après ce que a été dit plus haut il est presque inutile de dire que l'administration royale des sources et établissements thermaux s'est fait un point d'honneur de rester à la hauteur de la si excellente réputation des sources d'Ems et n'a voulu livrer au commerce que des préparations ne contenant que les sels naturels, pour autant qu'ils ont une valeur thérapeutique, présents dans l'eau minérale d'Ems et cela dans les proportions exactes indiquées par la nature elle-même. Voilà ce qui était plus facile à dire qu'à faire, et il a fallu des années de travail avant d'arriver au but.

(à suivre)

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

La prochaine réunion aura lieu à Montréal, durant la première semaine de juin 1911. Tous les médecins qui désirent y prendre part devront s'adresser à M. le Dr Archibald, 190, rue Peel, secrétaire local.