

MEMOIRES

UN CAS DE MONSTRUOSITE INFANTILE. (1)

Par le Dr H. HERVIEUX,

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie, Médecin de l'Hotel-Dieu.

Je me permets, Messieurs, au nom de notre confrère, M. le Dr. Biron de l'Assomption, de présenter à votre examen un cas de monstruosité infantile congénitale, avec pièce.

La rareté de ces cas, sans leur enlever tout intérêt scientifique, leur communique plutôt un intérêt de curiosité scientifique.

Je vous ferai d'abord lecture de la partie obstétricale de l'observation telle que transmise par M. le Dr. Biron.

“Dans le mois de novembre dernier, j'étais appelé auprès de “Dame L. L., pour un accouchement.

“A ma première visite, je trouve le col suffisamment dilaté et “je fais coucher ma malade. Je n'ai pas alors reconnu la présence, ayant sous les doigts ce que je croyais être la poche des “eaux.

“Ma malade étant au lit, je fais un nouvel examen à la première tranchée, et je retrouve ce que je prenais pour la poche des eaux, bien que la malade m'ait affirmé qu'elle avait perdu ses eaux depuis longtemps. Je saisis cette membrane entre le pouce et l'index et la déchire. Aussitôt un flot terrible de sang jaillit et vint m'inonder. J'introduis toute la main, pour faire l'accouchement forcé, par la version podalique. Je trouve un pied, puis tout à côté, une main. Je fais des tractions sur ce pied pour l'attirer au dehors, mais impossible de réussir. Je cherche l'autre pied que je trouve en même temps qu'une main, la tête et l'autre main. Jugez de ma perplexité, mais je n'avais pas le temps de réfléchir, le sang jaillissait à flots. Je fais de très fortes tractions sur le pied que je réussis à amener à l'entrée de la vulve. Je fais tenir ce pied par un aide et vais à la recherche de l'autre pied que j'essaie de faire descendre. Je n'y réussis qu'après des tractions telles que je craignais d'arracher le membre.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 9 janvier 1884.

“ A cette période de l'accouchement l'hémorragie cesse et je
 “ puis travailler avec un peu plus d'aise.

“ Je lâche les deux pieds qui remontent immédiatement. J'in-
 “ trodus la main dans l'utérus et je cherche à faire glisser l'index
 “ le long de la jambe pour arriver à l'aine et faire des tractions,
 “ En cherchant je trouve les deux pieds et les deux mains ensem-
 “ bles. Je fais glisser mon doigt jusqu'à ce que je crois être l'aine
 “ et trouvant un point d'appui, je fais des tractions qui m'amènent
 “ un enfant mort, l'abdomen grand ouvert, avec tous les organes à
 “ nu. Les deux jambes étaient repliées en arrière et ankylosées,
 “ les autres parties du corps paraissant normalement formées.

“ L'accouchement a pu durer de quatre à cinq minutes, quoi-
 “ que le temps m'ait paru bien long. Il n'y avait pas de pla-
 “ centa. Les relevailles se sont très bien faites et en peu de temps.

“ L'accouchée peut avoir 27 à 28 ans, bien conformée, mais
 “ scrofuleuse; il y a aussi de la scrofule dans sa famille. Ses ac-
 “ couchements précédents ont été normaux.

“ Le père scrofuleux ainsi que toute sa famille, dans la
 “ quelle se trouve un idiot.”

Pour compléter les notes de ce cas, au point de vue qui va
 nous occuper, j'ajouterai que la mère en est rendue à sa sixième
 ou septième couche; qu'elle n'a jamais eu, auparavant, d'accident
 gestationnel.

La deux`ème grossesse n'a rien eu d'extraordinaire ou d'enor-
 mal. Elle ne peut rattacher cet accident à aucune cause; sa santé
 a été parfaite.

La surprise de la mère, à la vue de son enfant difforme fut
 extrême, et la seule remarque qu'elle fit, à ce sujet, fut qu'elle ne
 l'avait pas senti remuer comme les autres.

Isidore Geoffroy St Hilaire, dans son “ Histoire générale et
 particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les
 animaux, ou Traité de Tératologie,” divise les monstruositées en
 deux grandes classes :

I. Monstres unitaires,

II. Monstres composés.

La classe des unitaires est subdivisée en trois ordres :

1° Les monstres autosites ;

2° Les monstres omphalosites ;

3° Les monstres parasites.

Les monstres autosites se subdivisent en quatre tribus :

La première tribu comprend deux familles : les Ectroméliens et les Syméliens ;

La deuxième tribu n'a qu'une seule famille : les Célosomiens ;

La troisième tribu fournit trois familles : les Exencéphaliens, les Pseudencéphaliens et les Anencéphaliens ;

Enfin la quatrième tribu donne deux familles : les Cyclocéphaliens et les Otocéphaliens.

Notre monstre est de la classe des Unicaires, il entre dans la deuxième tribu des monstres autosites : les Célosomiens, sixième variété : les Célosomes.

Les Célosomiens se distinguent par l'existence d'une éventration, toujours compliquée de diverses anomalies des membres, des organes génito-urinaires ou du tronc dans son ensemble.

Les Célosomiens comprennent deux groupes de monstres divisés en six variétés : A. monstruosité ne s'étendant pas à la région thoracique. B. monstruosité atteignant la région thoracique.

A. *Monstruosité n'allant pas jusqu'à la région thoracique.*

1° *Les Aspalosomes.*—Éventration latérale ou médiane occupant principalement la partie inférieure de l'abdomen : appareil urinaire, appareil génital et rectum s'ouvrant au dehors par trois orifices distincts.

2° *Les Agénosomes.*—Éventration latérale ou médiane occupant principalement la portion inférieure de l'abdomen : organes génitaux et urinaires nuls ou rudimentaires.

3° *Les Cyllosomes.*—Éventration latérale, occupant principalement la région inférieure de l'abdomen, absence ou développement très-imparfait du membre pelvien du côté occupé par l'éventration.

4° *Les Schistosomes.*—Éventration latérale ou médiane sur toute la longueur de l'abdomen, corps tronqué, après l'abdomen ; membres pelviens nuls ou très imparfaits.

B. *Monstruosité atteignant la région thoracique.*

5° *Les Pleurosomes*.—Éventration latérale occupant principalement la partie supérieure de l'abdomen, et s'étendant même au-devant de la poitrine. Atrophie ou développement très-imparfait du membre thoracique du côté occupé par l'éventration.

6° *Les Célosomes*.—Éventration latérale ou médiane avec fissure, atrophie ou manque totale du sternum et déplacement herniaire du cœur.

Si maintenant nous recherchons la raison étiologique de ces monstruosité, nous devons d'abord admettre qu'elles sont presque toujours le fait d'un arrêt de développement.

On a généralement, dit Kirrnisson, trop de tendance à croire que ces malformations sont produites par un mécanisme analogue à celui qui donne naissance à des difformités pathologiques pendant la vie extra-utérine. Ainsi, l'on parle d'amputations intra-utérines, etc.

Il y a, sans doute, des malformations congénitales qui reconnaissent une semblable origine, mais c'est l'infime exception. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'arrêts de développement qui remontent aux premiers moments de la vie intra-utérine. Ce sont des malformations de la vie embryonnaire et non de la période fœtale. Dans les premiers moments de la gestation, les différentes membranes de l'œuf ont bien plus d'importance que l'embryon lui-même. Il est donc naturel de chercher la source de ces anomalies dans les maladies des membranes de l'œuf, et surtout de l'annios, d'après la théorie générale invoquée par M. Dareste.

De là, l'étroitesse de tel ou tel des capuchons amniotiques, les modifications de quantité ou de qualité du liquide amniotique lui-même, l'existence de compressions limitées, de brides amniotiques étranglant et atrophiant les parties. La conception d'une maladie de l'œuf remontant aux premiers moments de la vie utérine peut nous faire comprendre une circonstance pathogénique, souvent constatée en clinique: la multiplicité sur un même fœtus des vices de conformation.

Ce fait clinique devient très simple et facilement compréhensible si nous rappelons brièvement le processus de développement, de toute première importance, de l'embryon à la période blastodermique.

“Le blastoderme est composé de trois feuillets : 1° Le feuillet externe ou ectoderme ; 2° le feuillet interne ou endoderme ; 3° le feuillet moyen ou mésoderme.

Chacun de ces feuillets donne naissance à diverses espèces d'éléments anatomiques et de tissus, ainsi :

L'ectoderme (épiblaste, ectoblaste) donne naissance aux cellules de revêtement de la surface du corps, c'est-à-dire à l'épiderme et à tous ses dérivés (poils, ongles, glandes sébacées, glandes sudoripares). Il donne encore naissance aux éléments de l'axe nerveux cérébro-spinal, et par suite aux ganglions spinaux et aux ganglions du sympathique. Enfin il donne naissance aux éléments essentiels des organes des sens (rétine, épithélium acoustique, épithélium olfactif, bourgeons du goût cristallin). Aussi pour résumer les plus importantes de ses dérivations, a-t-on parfois donné à l'ectoderme le nom de feuillet nervoso-sensoriel ou cutané sensoriel.

L'endoderme (hypoblaste, endoblaste) donne naissance à l'épithélium du tube digestif, du pharynx à l'anus et à toutes les glandes annexées à ce tube : glandes des parois, de Lieberkuhn, de Brunner, glandes stomacales et aux grosses masses glandulaires développées loin du tube intestinal comme le pancréas, le foie et même le poumon. Pour résumer ces divers dérivés, l'on donne encore le nom de feuillet intestino-glandulaire à l'endoderme.

Le mésoderme (mésoblaste) produit tout ce qui n'est pas dérivé de l'ectoderme ou de l'endoderme.

Les dérivations mésodermiques sont donc nombreuses et variées : tissus du squelette, tissus musculaires, éléments épithéliaux de l'appareil génito-urinaire.”—(M. Duval.)

Supposons que l'un des trois feuillets blastodermiques soit malade et s'atrophie en tout ou en partie, et nous avons comme conséquence directe naturelle un arrêt total ou partiel de développement dans les organes dérivant de ce feuillet, et comme ces dérivations sont variées et nombreuses, surtout celles du feuillet mésodermique nombreuses et variées aussi peuvent être les difformités découlant d'une maladie de l'un des feuillets du blastoderme.

C'est donc, selon toute probabilité, à la période blastodermique de la vie embryonnaire que nous devons rattacher les causes de

difformités congénitales multiples qu'il nous est quelque fois donné d'étudier et non pas à la période de la vie fœtale. C'est dans les maladies des membranes de l'œuf et surtout de l'amnios, comme nous disions plus haut, qu'il faut chercher la raison de ces monstruosité.

Ce point acquis, il faut bien le reconnaître, la pathogénie de l'immense majorité des vices de conformation n'en reste pas moins obscure.

L'on doit en premier lieu faire entrer comme facteurs, les imprégnations de l'œuf, v. g. par la syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose, etc., en un mot toute intoxication ou infection grave pouvant imprégner l'œuf et créer dans un point quelconque de ses membranes des lésions anatomo-pathologiques qui seront le point de départ des causes mécaniques d'arrêt de développement mentionnés tantôt, v. g., brides amniotiques, etc.

Pour Kirmisson, il n'y a nul doute que le système nerveux ne puisse jouer un rôle dans cette évolution; c'est souvent chez des familles de névropathes que l'on rencontre les malformations.

A ce chapitre se rattache les émotions morales. Il faut se garder de toute exagération dans l'appréciation des émotions morales comme cause des malformations; rejeter en bloc les influences morales serait peut-être anti-scientifique; il convient toutefois de ne leur accorder d'importance comme causes occasionnelles, que dans le cas où elles sont survenues à un moment de la grossesse qui corresponde à la période embryonnaire du développement à laquelle se rattache la malformation.

Et puis il y a la raison: "post hoc propter hoc," qui peut porter une femme à rattacher à telle ou telle impression nerveuse ou morale la cause d'une difformité congénitale.

Le nouveau-né, fut-il venu de formes parfaites, que la mémoire de la mère serait restée fermée à tout souvenir d'impression désagréable; mais le petit est cagneux, c'est un monstre et la mère blessée dans son cœur et son orgueil maternels, cherche en dehors d'elle-même la cause de ces difformités. Sa mémoire se met en travail et accouche à son tour, du souvenir d'un événement insignifiant ou grave, peut-être arrivé à la période fatale de la vie de son enfant.

Sans raisonner qu'il y a impossibilité matérielle de trouver des relations de cause à effets, entre ce fait de trop fraîche date, et les lésions existantes (car elle ne connaît rien de la vie intra-utérine), elle se hâte de placer dans cet accident extra-maternel, la source de son malheur. Sa sensibilité de femme et de mère est sauve, mais ce ne sont pas là des raisons scientifiques.

D'autre part, on a beau interroger minutieusement les parents sur l'évolution de la grossesse, le plus souvent on ne trouve aucune cause que l'on puisse incriminer. C'est au début même de la grossesse que remontent ces accidents, à ce moment les sensations de la mère sont bien confuses et souvent même la grossesse est ignorée. Les raisons initiales qui seront causes des difformités peuvent donc être faites avant même que la grossesse ne soit soupçonnée.

La théorie la plus plausible, c'est donc celle de la cause par infection ou par intoxication s'attaquant aux cellules de l'œuf, les détruisant, et créant des états anatomiquement ou histologiquement pathologiques qui produiront plus tard mécaniquement ou par défaut des arrêts plus ou moins considérables de développement et des monstruosité congénitales comme celle que nous avons sous les yeux actuellement.

LE GLYCOZONE.

Le *Glycozone* est un des meilleurs antiseptiques connus. Il n'est ni toxique, ni irritant et possède un pouvoir bactéricide puissant : Tout récemment, le Dr Powell, gynécologue, à Saint-Louis, E.-U., a écrit tout le bien qu'il en pense dans les affections utérines. Il rapporte cinq observations différentes où il a employé avec succès les lavages et les tampons imbibés de glycozone. 1° un cas d'infection utérine à la suite d'un accouchement. 2° un cas d'érosion du col présentant l'aspect d'un épithélioma. 3° un cas d'endométrite gonococcique. 4° un cas de déchirure du col à la suite d'une délivrance artificielle. 5° rétroflexion de l'utérus, avec prolapsus de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas. 6° endométrite chronique avec leucorrhée abondante.

UN CAS DE MALFORMATION INFANTILE.

Par le Docteur E. ROSE,
De Saint Anicet, comté de Huntingdon.

Si Messieurs les membres de votre Société jugent de quelque importance le pauvre rapport qui suit, libre à eux d'en faire l'usage qu'ils désireront, je vous le soumetts comme curiosité avec pièces à l'appui (1).

Madame O. A. âgée de 42, mariée à 34 ans, de santé parfaite, stature au-dessus de la moyenne. Avec un bassin bien conformé deux accouchements antérieurs, il y a 4 et 3 ans, se sont faits sans le moindre trouble. Enfants bien conformés.

Histoire familiale.— Parfait du côté de la mère; Père: capricieux et pas toujours *compos mentis*; 2 frères: complètement fous, dont l'un s'est suicidé; 3 sœurs, d'esprit capricieux, etc.

Un oncle mort fou (du côté paternel) au mois d'août dernier, ayant ressenti certains malaises, cette femme vient me consulter. Je lui conseille la patience qui, dans un cerveau équilibré, n'a pas toujours chance de s'implanter. Tout de même avec quelques calmants anodins et de bonnes paroles le calme se rétablit et tout marche comme à l'ordinaire lorsque, de bonne heure en octobre, survient une querelle de ménage accompagnée de coups. Ces anénités se répétèrent encore après et vers la fin de novembre; elle se plaignit de vives douleurs dans le petit bassin et les lombes qui, se répétant à tout instant, annoncèrent une délivrance prématurée. Enfin, après quelques jours de calme, elle fut prise le 23 décembre au soir de véritables tranchées et deux heures ne s'étaient pas écoulées qu'elle accouchait spontanément et sans troubles d'un fœtus d'au moins 6½ mois avec toutes ses annexes. Pas d'hémorragies antérieures. Ecoulement de quelques cuillerées de liquide amniotique. Expulsion à sec. Suites de couches normales. Douleurs *port partum* légères. Ecoulement lochial presque nul durant deux jours, puis plus rien. Poids du fœtus et annexes ensemble 4½ lbs.

Longueur 9 pouces en avant et bien constitué apparemment du sommet de la tête à un travers de doigt en bas de l'appendice xiphôide ou s'insèrent en masse le placenta et une espèce de poche

Nous croyons utile de rapprocher de l'observation précédente celle-ci, qui est intéressante.

(1) M. Rose nous a fait tenir un beau dessin de cette pièce pathologique si rare qu'il nous est impossible de reproduire en cliché. Nous en félicitons l'auteur. — N. D. L., R

Le "Sun" du Canada
 COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE

(Sun Life Assurance Company of Canada)

EXTRAITS DU RAPPORT OFFICIEL POUR 1904

Assurances nouvelles dont les primes ont été payées	\$15,911,904.24
Augmentation sur 1903	\$1,744,698.77
Revenus en Primes et Intérêts	4,561,936.19
Augmentation sur 1903	\$575,796.09
Actif au 31 décembre 1904	17,851,760.92
Augmentation sur 1903	\$2,345,984.44
Excédant non-réparti (calculé d'après l'étalon de la Compagnie, la table Hm. avec 4% d'intérêt sur les contrats émis avant le 31 décembre 1899, et 3½% sur ceux émis après cette date)	1,279,446.09
Augmentation sur 1903	\$278,063.60
Bénéfices payés aux assurés	117,238.21
Sinistres, Assurances mixtes (dotations) échues, Béné- fices et autres paiements faits aux assurés en 1904	1,374,045.92
Sinistres, Assurances mixtes (dotations) échues, Béné- fices et autres paiements faits aux assurés jusqu'au 31 décembre 1904	11,470,082.57
Assurances en vigueur au 31 décembre 1904	85,327,662.85
Augmentation sur 1903	\$9,646,473.98

Progrès réalisés depuis huit ans.

ANNÉES	REVENUS	ACTIF NET sans compter le capital souscrit mais non payé	ASSURANCES EN VIGUEUR
1872	\$ 48,210.93	\$ 96,461.95	\$1,064,350.00
1880	141,402.81	473,632.93	3,897,139.11
1888	525,263.58	1,536,816.21	11,931,316.21
1896	1,886,258.00	6,388,144.66	38,196,890.92
1904	4,561,936.19	17,851,760.92	85,327,662.85

B. F. STEBEN,

AGENT PARTICULIER,

112, RUE ST-JACQUES,

MONTREAL

transparente, que j'ai cru être le péritoine, renfermant quelques circonvolutions d'intestins, et le foie, gros comme un œuf de poule, à gauche.

Toute cette masse était d'un gros brun foncé (asphyxie). Les quelques anses intestinales de petites dimensions partaient de l'estomac et se perdaient en bas dans le placenta où je n'ai pu vérifier de sortie à cause d'une déchirure, probablement. L'estomac très petit était vide. Pas de traces de reins, ni de vessie, ni d'organes de génération d'aucune sorte.

Pas de trace non plus de cordon ombilical, mais insertion de la masse placentaire au rebord des fausses côtes droites, communiquant directement par un petit canal avec le cœur, gros comme une noix longue, placé en bas des fausses côtes gauches sous le rebord supérieur du foie. Ce cœur a battu une heure après quelques efforts de respiration incomplète. Les poumons d'un bien petit volume n'ont jamais été que partiellement dilatés.

Le plan postérieur est naturel jusqu'à la deuxième lombaire où s'insère cette poche transparente remarquée en avant, de sorte que le fœtus paraît prendre un bain de siège dans une vessie.

Le bassin osseux fait complètement défaut. Les deux bras sont naturels, le gauche replié sur le bas de la poitrine et le droit étendu à droite.

Il n'y a qu'un seul membre inférieur qui part des fausses côtes où il est ankylosé et s'étend sous le bras droit jusqu'à l'oreille droite où s'étaient deux petits pieds accolés en patte d'oie et terminant l'extrémité de cet unique membre. Ce membre, de la grosseur d'un gros pouce d'homme, est tout droit jusque près des pieds où l'on sent une petite malléole externe, l'interne s'étant aplatie sur le joue.

Quelle serait bien la cause d'une telle anomalie ?

Querelles, coups ou émotions coléreuses ?

Les antécédents familiaux ne paraissent pas devoir être invoqués.

Je vous envoie un dessin qui, sans être parfait sera sans doute compris.

Nombre de confrères, en fait de fœtus, ont souvent vu des choses rares, mais je doute que pareille trouvaille ait jamais été faite.

SYNDROME PHTISIQUE DE NATURE HYSTERIQUE. (1)

Par le Docteur C.-N. VALIN,

Agrégé, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le 5 d'août, 1896, venait me consulter Madame veuve. . . . , bien chagrine de se voir congédier de chez un de nos confrères, où elle était en service et cela parce qu'elle avait été déclarée tuberculeuse assez avancée par un médecin particulièrement compétent en maladies de poitrine. La situation embarrassante de cette pauvre femme et le fait d'être obligé de donner une opinion après un confrère m'imposait un examen attentif et minutieux.

L'examen préliminaire général me fit découvrir et consigner les symptômes suivants: facies abattu, atone, mélancolique, téguments pâles; douleurs sus et sous claviculaires depuis assez longtemps; toux sèche assez fréquente surtout le matin; transpiration nocturne; menstruation arrêtée depuis quatre mois; coloration des joues dans l'après-midi coïncidant avec du malaise général et frissonnement; pouls rapide, 100 pulsations à la minute, petit et mou indiquant une faible pression; température 100 2-5 F.; manque d'appétit, et dyspepsie, mais langue nette; céphalalgie, à peu près continuelle localisée au sommet de la tête et aggravée par le repas du midi; fatigue matutinale constante; humeur morose et hypocondriaque; crachement de sang rouge assez souvent; expectoration jaunâtre le matin.

Quelques autres questions pour préciser les caractères spéciaux de la dyspepsie complètent l'examen préliminaire. La dyspepsie se manifeste habituellement ainsi: douleur stomacale presque immédiatement après l'ingestion des aliments et diminuant à mesure que l'on s'éloigne du début de l'acte de la digestion. Mais à mesure que l'acte digestif progresse, des gaz se forment, des éructations se produisent, il y a sensation de gonflement et de brûlement rétro-sternal, régurgitations acides et amères, parfois des vomissements, céphalalgie, soif ardente la nuit, constipation et diarrhée alternantes; enfin babillement et tendance au sommeil pendant l'acte digestif.

L'examen des poumons, qui dans ce cas avait une importance capitale, ne me donna rien de bien précis.

Mais il y aurait pourtant des signes minuscules de tuber-

culisation, ainsi : la sonorité était légèrement diminuée au sommet du poulmon gauche, le somment droit donnait une respiration diminuée, un affaïssement du bruit vésiculaire avec une expiration qui semblait, mais pas constamment, être aussi longue que l'inspiration. En un mot cette patiente présentait une de ces poitrines qu'on étiquette de "suspectes" pour le moins et nous rendent perplexes à cause de l'imprécision des symptômes pulmonaires locaux. Mais, ces signes minuscules acquièrent une réelle valeur lorsqu'ils s'aditionnent à d'autres symptômes tels que : l'amaigrissement, le crachement de sang, l'élévation vespérale de la température, la transpiration, la toux, une histoire antérieure compromettante, par exemple celle d'une pleurésie ou une exposition à la contagion etc, etc. Or, chez notre malade les petits signes pulmonaires coïncidaient avec plusieurs autres signes généraux bien caractéristiques de la tuberculose, (comme on peut s'en rendre compte par les symptômes déjà énumérés,) et si j'ajoute que la malade accusait un amaigrissement considérable depuis environ deux mois, le tableau symptomatique es absolument caractéristique de tuberculose en évolution progressive. Le médecin avait donc parfaitement raison de faire le diagnostic de tuberculose et de conseiller à son confrère de purger sa maison de cet élément de contagion. Moi-même en récapitulant les symptômes capitaux tels que : toux persistante, douleurs thoraciques avec lésions au sommet des poulmons, arrêt de la menstruation, amaigrissement très prononcé, fièvre vespérale, transpiration nocturne et, symptôme important, hémoptisie assez souvent répétée, moi-même, dis-je, j'ai cru avoir affaire à une tuberculose bien avérée. Mais l'observation subséquente de la malade me fit mettre un point d'interrogation à ce diagnostic ; pourquoi ? vous allez le voir.

Sans me compromettre par aucune opinion donnée à cette première entrevue, je priai la patiente de revenir pendant quelques jours afin de bien observer la marche de sa maladie. Pendant quelques jours donc la malade revint fidèlement à mon bureau très satisfaite de l'intérêt que je semblais porter à son cas.

L'examen de l'expectoration fut négatif au point de vue du bacille et cela à plusieurs reprises. L'examen des urines fut aussi négatif au point de vue des éléments anormaux, donc les cra-

chements de sang, la toux, la céphalalgie, la dyspepsie ne pouvaient être expliqués par le brightisme. Mais, la pâleur, la variabilité dans la quantité, la faiblesse de densité, la présence de phosphates dénotaient que les urines provenaient d'une nerveuse. L'examen quotidien de la température et du pouls démontra beaucoup d'irrégularité et même de caprice dans ces deux éléments de diagnostic, ainsi : le pouls était tantôt irrégulier, intermittent, tantôt régulier, et variable d'allure ; la température, elle aussi, était capricieuse, et souvent discordante avec le pouls.

Ce qui me fit mettre un point d'interrogation au diagnostic, qui tout d'abord semblait s'imposer, ce fut l'examen des anamnestiques du côté de la patiente elle-même et du côté de sa famille et enfin un autre détail dont je vous ferai remarquer l'importance.

Je laisserai de côté les détails banales qui ne servent aucunement à éclairer ce diagnostic, et je ne vous mentionnerai que ceci c'est que la malade avoue avoir toujours été émotive, nerveuse, impressionnable, rêveuse, somnambule et avoir uriné au lit dans sa jeunesse. Elle a même transmis à son enfant ce stigmate nerveux.

Puis l'histoire de la famille nous révèle la transmission de la diathèse nerveuse de la mère à la fille. En effet, la mère de la patiente a été toute sa vie une nerveuse, tombant même sans connaissance assez fréquemment, entre 20 et 40 ans. J'ai pu m'assurer par une interrogation serrée et minutieuse que ces pertes de connaissance étaient hystériques et non épileptiques, car elles n'étaient pas complètes, ne s'accompagnaient pas de cris en tombant, ni de relâchement des sphincters, ni de morsure de la langue, elles n'avaient jamais lieu en dehors de la maison, puis elles s'accompagnaient d'étouffements dus à la boule œsophagienne. La mère de notre malade est donc bel et bien hystérique et cela doit être pris en considération au point de vue du diagnostic des maladies que la fille aura dans le cours de sa vie.

J'arrive au détail important qui je crois est susceptible de jeter de la lumière sur la genèse du cas de cette malade. Il y a un an environ elle éprouva beaucoup de chagrin de la mort d'une amie intime, et cette amie est morte de phthisie pulmonaire à l'hôpital. Notre malade allait voir très souvent son amie avec qui elle aurait été quelques mois auparavant en service dans la même

maison. Or, pour une femme impressionnable et suggestible comme toutes celles qui sont tarées du côté du système nerveux, il est très facile ou de concevoir l'idée, qu'ayant vécu avec cette phthisique, elle aussi devait payer tribut à la même maladie, ou, en allant voir souvent les traits essentiels de la maladie sur la figure de son amie, de les réaliser en partie sur elle-même par auto-suggestion.

Cette deuxième consultation avec ma malade me fit donc, en pénétrant plus avant dans la connaissance de sa morbidité, découvrir : premièrement qu'elle était issue d'une mère hystérique ; deuxièmement qu'elle-même présentait des stigmates de névrose ; troisièmement qu'elle avait été très impressionnée de la maladie et de la mort d'une amie phthisique.

Sans soupçonner que la névrose pouvait prendre le masque de la phthisie, (car je n'en étais pas informé alors), il me vint tout de même l'idée de faire l'examen du système nerveux de ma malade plutôt pour la satisfaction d'être complet. Eh ! bien ! ce complément d'examen me démontra que ma patiente portait une foule de stigmates hystériques, ainsi : anesthésie du pharynx, anesthésie par plaque sur le tégument externe, des zones hystérogènes, de la dischomatopsie, de la diplopie, du rétrécissement du champ visuel, du tremblement aux extrémités supérieures. Joignez à tout cela des troubles vaso-moteurs, des troubles de la sensibilité aux changements de la température, de l'émotivité, de la mobilité d'esprit. Enfin pour clore la preuve, un soir, s'étant mise à pleurer je remarquai que le mouchoir qu'elle portait à ses yeux se teintait de rouge vif, je m'approchai et en effet je reconnus qu'elle versait des larmes de sang. Elle me dit que cela lui arrivait quelquefois. A ce moment, en voyant couler ces larmes de sang, j'eus l'idée que ces hémoptisies pourraient bien être, aussi bien que ces larmes sanguinolentes, une transudation de sang de nature hystérique. Cependant, ce n'était pas tout de trouver de l'hystérie chez ma malade, restait à résoudre la question embarrassante de savoir si c'était simplement une hystérique devenue tuberculeuse et en train de réaliser sa phthisie ou bien si ce n'était qu'une hystérique revêtant le masque de la phthisie.—Je vous avoue que j'étais perplexe, car rien dans mes lectures antérieures ne m'instruisait sur un tel sujet. Je l'ai appris depuis.

Vu l'absence de tout symptôme positif de tuberculose et vu que je pouvais expliquer l'hémiptysie et autres symptômes par la névrose, je pris parti de traiter d'abord l'hystérie par la suggestion verbale et instrumentale. --- Je commençai par rassurer la malade en lui disant, sur un ton ferme et rassuré, que mon observation attentive de son cas me confirmait dans ma première pensée que sa maladie n'était pas grave, qu'au contraire elle guérirait en peu de temps. Et pour faire plus d'impression encore sur ma cliente je la soumis à des séances quotidiennes d'électricité statique qui, tout en ayant un effet suggestif, a aussi, à n'en pas douter, un effet toni-sédatif.

Eh bien, messieurs à peine après une quinzaine de séances une grande amélioration s'était déjà graduellement accomplie : le sommeil était plus calme et plus réparateur, la céphalalgie diminuée, l'appetit s'était réveillé, la sensibilité de l'estomac et les vomissements étaient disparus complètement, la fièvre ne reparaisait plus, la toux devenait moins fréquente et moins quinteuse, le masque mélancolique avait fait place à une physionomie reposée et encouragée, l'état mental s'équilibrait, car au lieu de scènes d'émotivité pour des rien la malade avait retrouvé le calme avec la confiance. Enfin après une autre quinzaine l'amélioration s'était encore raffermie à tel point que ma patiente avait plutôt les apparences de la santé, il n'y avait plus de traces de dyspepsie, la toux était complètement disparue, l'amaigrissement avait fait place à un embonpoint qui faisait l'admiration de ceux qui avaient vu la malade deux mois auparavant, en un mot son état était florissant. Cela marcha ainsi pendant environ un mois et sans traitement aucun, lorsque un événement malencontreux l'obligea d'aller à l'hôpital. Un jour, un morceau de verre lui entra dans la plante du pied droit et, quoique inaperçu grâce à l'anesthésie plantaire, restige de la névrose, lui occasionna un phlegmon qui nécessita une opération. Le séjour à l'hôpital eut un mauvais effet sur ma patiente à cause de l'ennui, du choc opératoire, que sais-je, elle en sortit un peu déprimée, émotive, pleurant encore pour des riens, et quelquefois des larmes de sang comme auparavant, elle éprouvait de nouveau de la sensibilité au début des repas et mêmes des troubles dyspeptiques. Les moyens qui m'avaient si bien servi la

première fois devaient être employés de nouveau. Aussi après une nouvelle série de séances d'électricité statique et de suggestion ma malade reprenait ce qu'elle avait perdu à l'occasion de son accident et jouit, pendant toute l'année que j'ai pu l'observer, d'une santé très satisfaisante. Sans doute elle garda quelques stigmates de la névrose tels que mobilité d'esprit et d'humeur, quelques plaques anesthésiques ou hyperesthésiques, quelques troubles intermittents et passagers de dyspepsie mais, dans tous les cas, les symptômes principaux, qui par leur capricieux groupement avaient formé un syndrome portant à croire à la phthisie commençante, étaient dispersés et disparus sous le traitement par la suggestion verbale et instrumentale. Alors je perdis ma patiente de vue. J'eus l'idée, dans les débuts de notre société, de vous communiquer cette observation étrange: cette grimace phthisique de l'hystérie m'avait intéressé; mais j'en fus arrêté par des scrupules scientifiques. Je me disais: je ne suis pas tout à fait sûr qu'il n'y ait pas un grain de phthisie au fond de ce syndrome et que ce grain, malgré un relèvement momentané, ne germe dans quelque temps et que l'on voit la phthisie à côté et parallèlement à l'hystérie ou entremêlant ses symptômes à ceux de la névrose. Donc, saisi de ces doutes et ne croyant pas mon observation assez ferme, puisqu'il y manquait la sanction du temps. n'ayant d'ailleurs, par manque d'information, qu'une idée vague sur la possibilité d'une telle simulation de la part de l'hystérie, je mis les notes sur ce cas dans mes cartons.

Deux éléments importants manquaient à mon observation pour la rendre intéressante et sérieuse et pour en orienter l'interprétation dans le vrai sens, c'était: d'une part, l'absence d'autres observations semblables faites par des maîtres, et d'autre part, la sanction du temps. Or, ces deux éléments complémentaires ne me manquent plus: une observation de "fausse phthisie hystérique, a été publiée, dans la Presse Médicale, No 92, année 1901, par M. M. Louis Rénon et P. Gallier; puis, ayant revu et observé longtemps ma patiente, j'ai pu confirmer et compléter mon observation (1).

(1) Une autre observation de pseudo-phthisie hystérique a été publiée dans la *Semaine Médicale*, numéro 49, 1904.

En comparant mon observation avec celle de MM. Rénon et Sollier il est facile de voir qu'en les considérant dans l'ensemble elles sont superposables, ainsi nous y relevons : amaigrissement considérable, fièvre à allure capricieuse, anorexie complète, diminution de la capacité respiratoire, toux spasmodique et quinteuse, battement de cœur, puis l'évolution vers la guérison par le seul traitement de la névrose. J'ai dit dans l'ensemble, car à tout considérer mon observation a réalisé plus complètement encore le syndrome phtisique puisque nous y remarquons des symptômes très suggestifs tels que : hémoptisie et transpiration. Une autre petite différence c'est, chez ma patiente, une évolution plus rapide vers la guérison sous le traitement dirigé contre la névrose, c'est-à-dire qu'au lieu de dix mois de traitement il n'en a fallu que deux. La publication de cette observation de fausse phtisie hystérique par deux savants français me rappela la mienne, faite cinq ans auparavant, me confirma dans mes premiers soupçons et me donna l'idée de compléter l'étude de ma malade. Malheureusement je ne savais plus où la trouver. Je désespérais de pouvoir compléter mon observation lorsque je fus heureusement servi par le hasard. Un jour, et c'était en mai 1903, comme je descendais la rue Saint-Denis, j'eus le bonheur de rencontrer nez à nez mon ancienne cliente. J'ai pu alors m'assurer par cette entrevue et par d'autres subséquentes que cette femme avait eu une santé très satisfaisante depuis que je l'avais guérie, c'est-à-dire depuis sept ans. Et cela malgré une vie pleine d'anxiétés, de fatigues morales et physiques comme sont obligées d'en subir les personnes de sa condition, plus que cela, elle avait été pendant trois ans travailler dans les manufactures des Etats-Unis, à Fall-River. Or, malgré ces conditions de vie antihygiéniques, la tuberculose n'a pas germé.

Il est certain, presque mathématiquement, que si la tuberculose eût existé au début, elle n'aurait pas manqué de se développer, favorisée par de telles conditions. Au moment où j'ai clos mon observation, cette personne avait bien par ci par là quelques défaillances digestives, quelques troubles de nature nerveuse, (car évidemment le terrain névrosique reste toujours là comme substratum à bien petits dérangements fonctionnels,) mais en somme, elle a plutôt les apparences d'une santé florissante, les joues rouges

et un poids de 150 à 155 livres. Ce qui était important à savoir c'est qu'elle n'est pas devenue phthisique dans l'espace de huit ans, laps de temps assez considérable depuis le début de l'observation pour pouvoir servir de sanction clinique.

Résumons. Il est évident 1° que cette malade était une hystérique avérée; 2° qu'un syndrome phthisique s'installa sur ce fond hystérique; 3° qu'installé à la faveur de la suggestion par la vue il disparut aussi par la suggestion verbale et instrumentale; 4° qu'il ne s'agissait pas de véritable tuberculose puisque par la suggestion le syndrome a évolué rapidement vers l'amélioration et même la guérison, et puisque pendant les huit années qui suivirent, il n'y a pas eu réapparition du moindre symptôme de tuberculose et cela malgré les conditions antihygiéniques dans lesquelles a vécu la malade.

Permettez-moi, messieurs, avant de clore cette étude clinique de reconsidérer certains symptômes importants tels que: l'amaigrissement, la toux, la fièvre, l'hémoptisie et les signes stéthoscopiques, qui, comme nous le savez ont une si grande valeur diagnostique au point de vue de la phthisie et peuvent difficilement, ce nous semble, tout d'abord être attribués à l'hystérie. En considérant ces symptômes de plus près et à la lumière des notions plus exactes sur l'hystérie que nous ont données nos maîtres Charcot, Gilles de la Tourette et autres, il est possible d'attribuer chacun de ces symptômes à la névrose. Celle-ci, en effet, en perturbant toutes les fonctions organiques finit par troubler les phénomènes de la nutrition et il est de règle d'observer alors de l'amaigrissement parfois considérable. Il ne suffit pour expliquer l'amaigrissement que d'invoquer l'anorexie, qui généralement est assez complète dans l'hystérie et les perturbations des actes digestifs. La toux nerveuse purement névrosique existe, elle est de nature spasmodique. Je me rappelle le cas d'une française dont la toux, qui l'inquiétait à cause de son caractère quinteux, guérit par l'assurance que lui donna un double examen négatif des poumons et du larynx. C'est mon ami, le Dr Boulet, qui fit l'examen de la gorge et du larynx. Quand à la fièvre, il paraît plus difficile d'accepter son origine purement nerveuse tellement nous sommes habitués à lui reconnaître une cause infectieuse ou inflammatoire. Mais

sûrement, pourtant, la fièvre hystérique existe, cela est un fait avéré en clinique. Je pourrais vous citer deux observations personnelles de fièvre purement nerveuse: l'une continue, qui a duré pendant quelques six mois et que j'ai fait cesser subitement par un truc; l'autre, intermittente mais très fréquente, qui se présente à la moindre petite anxiété. La première a été observée chez une religieuse qui a présenté, elle aussi, un véritable syndrome phthisique atténué consistant en: anorexie, faiblesse, anémie, toux sèche, amaigrissement. La seconde est celle d'un homme robuste, en parfaite santé, mais nerveux, chez qui, comme je l'ai dit, la moindre émotion fait monter le thermomètre à 100 et même 101 avec des sensations de lassitude générale. D'ailleurs la fièvre hystérique est tellement admise que des thèses ont été écrites sur ce sujet: Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, Chauveau en 1888, Crouzet en 1895; Thèse de la Faculté de Médecine de Montpellier, Deleuil, en 1887. Je n'insisterai pas sur la pathogénie de cette fièvre nerveuse, cela n'entraînerait trop loin.

L'hémoptisie est un symptôme bien suggestif de phthisie et cependant sa pathogénie et son mécanisme sont aussi parfaitement hystériques. La transsudation de sang dans la névrose peut se faire dans n'importe qu'elle partie de l'organisme: nous connaissons parfaitement les larmes de sang, les exsudations sanguines des mains et des pieds chez les stigmatisés religieux, les ecchymoses sur différentes régions du corps, les hématoméses etc. Il est facile de concevoir par conséquent l'hémoptisie chez une hystérique dont l'idée est canalisée vers la réalisation de la phthisie dont les traits principaux se sont figés dans son imagination malade.

Enfin, même les signes stéthoscopiques tels que la diminution du murmure vésiculaire, l'expiration prolongée, voire même une certaine nuance dans le son obtenu par la percussion se conçoivent facilement par la diminution de fonction du sommet du poumon. Nous savons que chez les hystériques les fonctions sont: soit exagérées, soit diminuées. Nous savons que la respiration chez les hystériques est modifiée dans son rythme et dans son ampleur, elle est la plupart du temps irrégulière et diminuée. MM. Rénon et Sollier expliquent cette diminution de la capacité respiratoire du

soumet par l'anesthésie plus au moins complète de l'appareil de la respiration. Ainsi donc, après un examen attentif de chacun des signes qui appartiennent en propre à la tuberculose, on voit qu'ils peuvent aussi se présenter dans le domaine de d'hystérie.

Messieurs, l'étude de ces cas rares et même exceptionnels ne vous offre peut-être pas le même intérêt qui forment la trame de la pratique journalière, cependant, elle a un certain avantage qui n'est pas à dédaigner, celui de développer le sens clinique, d'aiguiser la sagacité diagnostique, d'enrichir la science de faits nouveaux et enfin d'étendre la limite de l'utilité de notre art.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

ET LE BANQUET.

Dans le dernier numéro de l'*Union Médicale*, au chapitre des "nouvelles," nous laissons entendre qu'une scission entre les deux Sociétés médicales de Québec et de Montréal avait empêché le délégué officiel de se rendre auprès de nous. En vérité, nous avons été informés, depuis, par M. le Dr Brochu, président, que la Société médicale de Québec n'avait reçu aucune invitation. D'autre part, nous savons que cinq cartes ont été adressées à un de nos confrères de Québec avec mission de les faire parvenir à la Société médicale dont on ne connaissait ni le nom, ni l'adresse des officiers.

Il y a donc malentendu regrettable,

Mais les occasions ne manquent pas. Si on est empêché de se dire tout le bien qu'on pense les uns des autres, on s'en console en l'écrivant. Et nous nous empressons de reconnaître que nous avons mal compris l'attitude de nos confrères normands de là-bas. Leur sympathie bien connue à notre égard, le bien qu'ils pensent de notre Société médicale et le soin qu'ils prennent de l'écrire, nous font regretter davantage de ne pas se l'être entendu dire ; car — quoi qu'en dise — l'harmonie existe partout, même dans nos discours, malgré les divergences d'opinion. Louis XIV a dit, jadis, protestant de son amitié pour l'Espagne : "il n'y a plus de Pyrénées." Paraphrasant ce mot célèbre, nous pourrions répéter à nos amis de Québec "il n'y a plus de Liconce ! !"

UN CAS D'ANEVRISME SPONTANE DE LA RADIALE. (1)

Par le Docteur OSCAR MERCIER,

Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

Il s'est présenté, l'autre jour, dans mon service, à l'hôpital Notre-Dame, salle Sainte-Marie, une malade que j'ai cru devoir vous faire voir aujourd'hui. Il s'agit d'une dame juive romaine, âgée de 48 ans, ne parlant pas un mot français et parlant très mal l'anglais, qui n'a pu en conséquence me donner, au sujet de sa maladie, tous les renseignements que j'aurais voulu en obtenir, mais qui m'a néanmoins suffisamment éclairé pour établir tout l'intérêt que comporte la lésion artérielle dont souffre son avant-bras gauche. Il s'agit, comme vous pourrez le constater vous-mêmes d'un anévrisme artérioso-veineux de son artère radiale. Cet anévrisme plutôt gros comparativement au volume de l'artère en question est à peu près du volume d'un gros œuf de poule.

La malade, interprétée par sa fille, qui parle un peu l'anglais, nous dit que cette tumeur s'est développée spontanément il y a vingt ans. Elle pouvait être du volume d'un marbre quand elle s'en est aperçu pour arriver graduellement à son volume actuel, qu'elle avait déjà atteint depuis plusieurs années. Dernièrement, sous l'influence d'un coup porté accidentellement sur le siège même de cette tumeur, la peau de cet endroit mal nourrie, s'est ulcérée en deux endroits différents, c'est d'ailleurs pour ces deux petites ulcérations que la malade est entrée à l'Hôpital ; ses plaies, sous l'influence de pansements antiseptiques bien suivis, sont aujourd'hui à peu près guéries. Je dois aussi ajouter que j'ai ordonné à la malade quatre grammes d'iode de potassium par jour, l'apparence de ses plaies présentant certains caractères de spécificité. Je n'ai cependant pu trouver aucun stigmate, aucune trace de syphilis sur la malade, qui a eu douze enfants dont sept sont vivants et bien portants et cinq sont morts dans les premiers mois de leur existence. La malade questionnée minutieusement ne se rappelle avoir jamais eu aucune manifestation syphilitique, ni aucune fausse couche. Il s'agit donc en résumé d'une tumeur anévrismale de la radiale développée spontanément sans aucune cause traumatique, et sans aucune autre cause connue, siégeant au

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, février 1905.

niveau au poignet et s'étendant depuis le pli du coude pour descendre jusque sur le dos du ponce et donnant des pulsations très apparentes et isochrones au pouls.

— Les anévrismes de la main et de l'avant-bras sont la plupart du temps d'origine traumatique, ils sont très peu fréquents et généralement très petits. Guérineau en a rapporté un cas gros comme un œuf de poule ; Guattani et Roux, un de la grosseur d'une pomme. On a rapporté quelques rares exemples d'anévrisme spontané de l'avant-bras. Ce sont habituellement des tumeurs de petit volume siégeant au niveau de la région carpienne.

Kirmisson, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, nous rapporte à peu près tous les cas d'anévrisme spontané de l'avant-bras, ils sont, comme vous allez voir, très peu nombreux. Dans Erichsen il est question d'un cas d'anévrisme spontané de la cubitale qui n'a été l'objet d'aucun traitement et qui fut rapporté par Morgan. Ernott en 1849, d'après le même auteur, a lié l'artère humérale chez un homme atteint d'une tumeur anévrismale située sur le tiers supérieur de la cubitale droite. Il y est aussi question d'un cas où Todd lia avec succès l'humérale chez une femme de 28 ans qui depuis plusieurs années portait un anévrisme de l'avant-bras ; on ne dit pas sur quelle artère siégeait cet anévrisme. M. Heydenreich dans le dictionnaire encyclopédique rapporte deux autres exemples d'anévrisme spontané de l'artère cubitale. Le premier, observé par Dieulafoy, de Toulouse, concerne un officier de cavalerie âgé de 58 ans présentait un anévrisme de la partie supérieure de la cubitale droite. L'autre est dû à Davies-Colley (*The Lancet* 9 mars 1878), il siégeait sur la partie supérieure de la cubitale. Il lia l'artère humérale et guérit son malade.

J'ai consulté d'autres auteurs, Von Bergmann, Dennis, ils ne disent presque rien des tumeurs anévrismales de la main et de l'avant-bras.

Tillaux nous rapporte un cas d'anévrisme de la radiale causé par un coup d'épée, dix ans auparavant, au cours d'un duel et opéré dans le service de Nélaton en 1861 par A. Richard. Tillaux était alors interne de Nélaton ; mais comme on le voit, il ne s'agit pas de l'anévrisme spontané.

On ne fait donc mention d'aucun cas d'anévrisme spontané de la radiale, dans la littérature médicale que j'ai pu consulter. J'en ai donc conclu, Messieurs, que cette affection était des plus rares, aussi je n'ai pas voulu laisser passer cette malade sans la présenter à la société médicale.

Je n'ai pas l'intention d'insister sur le traitement que je ne propose de recommander à ma malade. Je suis bien d'avis que l'opération la plus sage et la plus recommandable est l'ouverture et l'extirpation de la poche anévrisme, c'est d'ailleurs le traitement généralement accepté aujourd'hui par tous les chirurgiens quand il s'agit d'un anévrisme circonscrit et que l'on peut atteindre d'une façon ou d'une autre, mais il s'agit ici, comme je l'ai dit plus haut, d'un anévrisme artérioso-veineux diffus sur tout l'avant-bras, et la méthode de choix ne serait ici certainement pas praticable; aussi, suivant d'ailleurs en cela l'exemple éloigné il est vrai de ceux qui ont eu l'occasion d'opérer pour cette lésion, je me propose, si la malade y consent, de recourir simplement à la ligature en amont et en aval de l'artère lésée. L'opération serait naturellement très simple et très bénigne mais je ne doute pas qu'elle réussisse parfaitement à guérir ma malade.

P. S. — La malade qui avait d'abord consenti à se soumettre à l'opération a malheureusement depuis changé d'idée et refuse catégoriquement toute intervention, satisfaite de voir ses ulcérations guéries.

DE LA NECESSITE DE L'EXAMEN DU CANAL GENITAL DANS LES INFECTIONS PUERPERALES.

Par le Dr JOSEPH-E. LANOIE,

Accoucheur et Gynécologue à l'Hôpital de Fall River, Mars.

Je vous présente une malade dont l'histoire servira à démontrer toute l'importance de faire un bon examen de la muqueuse vaginale dans tous les cas de fièvres puerpérales. J'ai examiné plusieurs femmes en consultation avec des confrères, en pratique générale, et je regrette de dire que, la plupart du temps, ceux-ci avaient complètement négligé de s'assurer, par un examen attentif, s'il n'y avait pas de surface infectée au ulcérée de la muqueuse du vagin. Très souvent aussi on avait fait le curetage de l'utérus et laissé sans traitement ces petites plaies du vagin qui étaient les portes d'entrée de l'infection. L'importance pratique de ce sujet et l'embarras du traitement chirurgical, dans un grand nombre de cas de fièvres puerpérales, m'ont induit à présenter cette observation.

Obs. Madame J., multipare, âgée de 32 ans, est accouchée le 4 septembre, 1904. Accouchement normal. Son médecin n'a rien observé d'anormal avant la dixième journée, alors qu'il a constaté un écoulement sanguin assez considérable. La température le matin, à ce moment, était de 101° F.; le pouls à 85. Durant les neuf jours suivants la température avait varié de 102° F. à 105° F.; le pouls n'avait jamais dépassé 100 mais il y avait eu des frissons. Pas de féridité des lochies. L'utérus fut cureté trois fois et, chaque fois, le curetage fut suivi d'une douche d'eau chaude bouillie. Par ces moyens, cependant, on ne réussit à sortir que quelques petits caillots.

J'ai été appelé auprès de cette femme la vingtième journée après son accouchement. La température était de 105½° F; le pouls à 142.

La douleur dans la région de l'ovaire gauche était si intense qu'il me fut impossible de faire un examen satisfaisant. Cependant, j'ai pu constater de l'infiltration du ligament large gauche, une augmentation de volume de l'ovaire et de la trompe gauche, et le doigt sentait une ulcération à la base du ligament large et une autre au-dessus du muscu de tanche. Il n'y avait

pas de tympanisme ni de rigidité des muscles abdominaux; le facies n'avait rien de la péritonite généralisée.

Ayant obtenu le consentement de la famille, je fis transporter la malade dans mon service, à l'Hôpital civique, où elle fut préparée pour l'opération qui fut faite le même soir à 11 heures. La malade fut préparée pour l'incision vaginale ou abdominale, le choix devant être fait après un examen sous l'éther. A cet examen je trouvai l'utérus libre, l'ovaire, la trompe et le ligament large droit dans un état à peu près normal. Il y avait augmentation de volume de l'ovaire et de la trompe gauche; l'ovaire était de la dimension d'une poire. A l'ouverture de l'abdomen, j'ai défait quelques adhérences — récentes — entre les intestins, la trompe et l'ovaire gauche. Ces organes étaient fortement congestionnés et d'apparence veloutée. A l'extrémité libre de la trompe il y avait quelques gouttes de pus. Le ligament large était épaissi dans toute sa longueur et sa largeur. Il était infiltré, dur, et, sur aucun point, ne présentait d'indices de formation de pus. L'infiltration avait envahi le tissu connectif sous-péritonéal de la paroi gauche et du plancher du bassin. L'utérus, la trompe, l'ovaire et le ligament large, du côté droit, étaient d'apparence normale.

En présence de ce fait et du danger d'ouvrir le ligament large gauche, fort infecté, l'hystérectomie était contre-indiquée. La trompe et l'ovaire gauches, d'où partait l'infection qui commençait à s'étendre à la cavité péritonéale, furent enlevés et, après ligature du ligament large, la partie fut entourée avec de la gaze stérilisée, de façon à empêcher de s'étendre en y provoquant des adhérences. Un drain en verre fut placé dans le cul-de-sac.

Ayant ainsi disposé de l'ovaire et de la trompe infectés, le problème suivant était de décider la meilleure manière de traiter le ligament large qui devait contenir des microbes en grande quantité. Il n'y avait aucune collection de pus et, par conséquent, pas de nécessité pour le drainage. L'absence de pus me fit espérer que la résolution pouvait se faire et que, si la péritonite généralisée pouvait être prévenue, la patiente, fortement stimulée, pouvait guérir. De plus, en supposant qu'un abcès put se former,

plus tard, entre les feuillets du ligament large, il eut toujours été temps d'ouvrir et de drainer soit le long du ligament du Poupard ou à travers le vagin.

Avec ces idées en tête, et en présence d'une femme si malade, dont le cœur faiblissait sous l'effet de l'éther, j'ai fermé l'abdomen aussitôt que possible.

Le matin suivant, la température était descendue à 99° F, et le pouls à 84. Quelques heures plus tard, cependant, apparurent les grandes variations de température qu'on observe dans les formes lymphangitiques ou phlébitiques des fièvres puerpérales, et, en dépit de l'administration des meilleurs stimulants : Champagne, cognac, strychnine, digitaline, caféine, quinine et les infections intraveineuses de sérum de Hayem, cette femme expirait quatre jours après l'opération et presque quatre semaines après son accouchement. La dose de poison absorbée avait été trop forte et l'assistance chirurgicale était venue trop tard.

De tels désastres sont bien de nature à nous faire comprendre toute la responsabilité que nous assumons, dans de tels cas, par la négligence à ne pas s'assurer, dès le début, au moyen d'un bon examen, de la cause de l'infection.

Il est très difficile d'obtenir de nos compatriotes la permission de faire l'autopsie — de nos malades — et je vous assure que je me suis donné beaucoup de mal pour obtenir de faire celle-ci. La raison pour laquelle je tenais tant à avoir le consentement de la famille est que, l'été dernier, j'eus le malheur de perdre une femme, à l'hôpital Union, de Fall-River, quatre semaines après la cholécystotomie, pour calcul biliaire. Cette opérée expirait à 6 heures et quart du soir et, une heure plus tard, sans autorisation de la famille, j'étais à faire l'autopsie avec mon confrère, le docteur B., en présence des élèves gardes-malades de l'Hôpital. Croyant avoir tout le temps nécessaire, nous en profitions pour donner aux élèves quelques explications sur l'abdomen et la physiologie des organes internes. Mais nous comptions sans le mari qui venait d'arriver et avait entendu le bruit des instruments dans la chambre mortuaire. Informé des soupçons du mari, je jugeai que l'occasion n'était pas propice pour obtenir des concessions.

Mais pour revenir à notre cas. L'autopsie fut très intéressante. En premier lieu, elle démontra la valeur de l'emploi de la gaze pour localiser l'infection. La grande cavité péritonéale et les intestins avaient été protégés. Il n'y avait pas le moindre signe de péritonite au delà de la gaze protectrice. En second lieu, elle me fit voir l'origine de l'infection, et prouva que de tels désastres peuvent être évités en traitant les plaies infectées du vagin avant que des dommages irréparables ne se soient produits. L'utérus, les ligaments larges, la vessie et la partie supérieure du vagin furent enlevés d'une seule pièce. L'examen révéla trois ulcérations. La première, à un pouce au-dessus de la lèvre antérieure du col; la seconde commençant sur le bord de la lèvre postérieure du col et s'étendant dans le canal cervical; la troisième, située à la base du ligament large gauche. L'utérus ne présentait aucun signe d'infection, en dépit du fait que, à trois reprises, cette femme avait été inutilement curetée et que ces manipulations avaient été faites à travers un vagin infecté.

J'ai eu, depuis, deux autres cas où l'infection du vagin a été reconnue et traitée promptement, avec les plus beaux résultats. Aussi, toutes les fois qu'un frisson intense ne pouvant être expliqué par une maladie intercurrente survient dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, je fais un examen du canal génital, de la vulve au col utérin, me servant d'un spéculum bivalve, et, quand c'est nécessaire, du miroir frontal avec lampe électrique. Les parties ulcérées ou nécrosées étant reconnues sont nettoyées puis cautérisées avec une solution de chlorure de zinc à 50 p. c., ou de nitrate d'argent, 60 grs à l'once; puis je fais donner une douche, deux fois par jour, avec une solution de créoline à 2%.

La valeur d'un tel traitement me semble indiscutable, car j'ai constaté, dans la pratique de certain confrère, les conséquences les plus fâcheuses de ce refus, ou, plutôt, de cette négligence d'examiner et de traiter ces petites plaies infectées du vagin. Dans mon service, à l'hôpital civique, toute déchirure du col, du vagin ou de la vulve sont réparées sur le champ, et les résultats sont magnifiques.

Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile, dans la clientèle

privée, quand la lumière est mauvaise et que l'aide manque, de faire de belles réparations, mais le médecin, même sans l'aide, ne doit jamais laisser la maison de l'accouchée sans avoir réparé, au moins, les déchirures du périnée.

Nous avons tous rencontré de ces confrères — chanceux — qui se vantent de n'avoir jamais déchiré de périnée. La raison pour laquelle ils croient n'avoir jamais eu de déchirure du périnée est bien simple: c'est qu'ils ne se sont jamais donné la peine de regarder.

Malheureusement, dans beaucoup de cas, l'infection est d'une telle violence que les femmes n'ont pas la force de résister aussi longtemps et sont emportées rapidement, si un traitement énergique n'est pas appliqué à la première alarme.

Dans les cas où le pus n'a pas eu le temps de se former, que l'infection s'est rapidement étendue, à travers les lymphatiques, au tissu cellulaire pelvien, il me semble désirable de faire une bonne incision et d'assurer le drainage, si l'empoisonnement n'est pas trop avancé.

Dans ce cas-ci, il est certain que l'infection avait existé trop longtemps et cela a été la cause que le traitement chirurgical est demeuré sans effet. Il est aussi possible, lorsque l'infection n'est pas limitée aux ligaments larges, mais a envahi le tissu connectif des parois latérales et du plancher du bassin, que le traitement chirurgical soit inutile. Il faut stimuler autant que possible ces malades pour aider le traitement chirurgical et, par ces moyens, on peut sauver celles qui n'ont pas absorbé une trop forte dose de poison.

Comme il est prouvé, par les recherches bactériologiques, que ces infections sont causées par le streptocoque, on peut, en même temps, injecter le sérum. La cellulite puerpérale est relativement rare, et le cas que je viens de vous présenter est offert comme contribution à ce sujet qui intéresse au même degré l'accoucheur et le gynécologiste.

REVUE GENERALE

A PROPOS DE DEUX CAS DE COQUELUCHE

TRAITÉS PAR LE GOMÉNOI.

La coqueluche est une maladie qui, par sa tenacité et sa résistance fréquente à l'action de presque tous les médicaments, fait le désespoir des familles et des médecins. De multiples remèdes ont été préconisés contre elle; à un moment donné on croit tenir le véritable spécifique et l'on s'aperçoit bientôt qu'il n'en est rien. En face d'une affection si rebelle, il est toujours utile par conséquent de signaler les cas heureux que l'on observe et les résultats que l'on obtient par telle ou telle méthode afin de constituer un dossier vis-à-vis d'une médication donnée, dossier susceptible de fournir ultérieurement des conclusions étayées sur des faits nombreux.

Ayant lu les observations si intéressantes de LEROUX et de ROGER-PASTEAU, recueillies au dispensaire Furtado-Heine, je me suis décidé récemment à essayer le *Goménol* dans deux cas de coqueluche dont l'un avait été particulièrement rebelle à d'autres traitements.

OBSERV. I. — *Coqueluche sévère, allant jusqu'à 41 quintes par jour. Traitements successifs par la belladone, la Grindelia et l'antipyrine; échecs. Traitement par le Goménol, amélioration rapide; puis guérison en 12 jours.*

Berthe J... , 7 ans, toussé depuis quelques jours, lorsque je la vois le 14 novembre dernier. La toux est sèche, déjà un peu quinteuse; il n'y a aucun râle dans la poitrine; le pharynx est rouge, granuleux; il n'y a pas de fièvre. Je diagnostique une poussée aiguë de pharyngite. Mais très rapidement je dois modifier mon diagnostic; alors que la pharyngite s'atténue, je constate en effet que la toux augmente, elle est de plus en plus quinteuse et le 21 j'assiste à une quinte violente dans laquelle je ne trouve pas absolument les caractères de la reprise de la coqueluche, mais qui est suivie d'une expectoration de mucosités filantes. J'opine alors du côté de la coqueluche et prescris alors une potion contenant de la Grindelia, de la belladone, et de la valériane.

Les jours suivants la coqueluche se dessine nettement; le "chant du coq" devient manifeste; l'enfant a, le 8 novembre, 19 quintes par 24 heures. Il vomit souvent ses aliments.

Devant l'échec de ma potion, je prescris l'antipyrine à hautes doses: j'en donne 2 grammes dans les 24 heures.

Le 3 décembre: 31 quintes, vomissements. Une épistaxis le matin, je donne 3 grammes d'antipyrine.

Le 8 décembre, l'enfant a eu 41 quintes; elle vomit tout ce qu'elle prend.

Le 9 décembre, je commence le traitement par le Goménol, cessant toute autre thérapeutique. Comme l'enfant vomit tout, même ses médicaments j'ai recours aux injections d'huile goménolée. J'emploie la solution à 20% dont je fais tous les jours, à partir de cette date, une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes.

Le 10 décembre, l'état est le même; 40 quintes, encore des vomissements. Le 12 décembre, il n'y a eu que 29 quintes; l'enfant ne vomit plus. L'amélioration se montre avec une rapidité qui m'étonne véritablement; le 17 décembre l'enfant n'a eu que 5 quintes dans les 24 heures.

Enfin le 22 décembre, 12 jours après le début du traitement par le Goménol, les quintes caractéristiques ont disparu. L'enfant tousse encore c'est vrai; mais il s'agit d'une toux ordinaire, comme celle d'une fin de coqueluche. Il n'y a plus eu de vomissements; l'alimentation se fait d'une façon parfaite.

Je remplace alors les injections par des fumigations au Goménol et dans les premiers jours de janvier l'enfant ne tousse plus du tout.

On ne peut pas ne pas être frappé dans cette observation de l'extrême rapidité de l'amélioration et de la guérison. Il est impossible de nier ici l'action du Goménol qui a pris la coqueluche en pleine période d'augment et l'a fait rétrocéder.

OBSERV. II. — *Coqueluche moyenne, 23 quintes par jour. Guérison en 15 jours, par le Goménol.*

C... Robert, 3 ans, tousse depuis le 3 décembre. Je le vois le 8, et trouve une légère bronchite, ce qui me fait égarer et méconnaître la coqueluche. Cependant quelques jours après, voyant

les quintes augmenter, et être tout à fait disproportionnées par leur intensité et leur nombre avec les quelques râles bronchiques perçus, je pense à la coqueluche, et je prescriis une potion antispasmodique à la valériane, à la belladone contenant 1 gramme d'antipyrine à prendre dans les 24 heures, car la famille m'a refusé l'emploi des injections sous-cutanées de Goménol.

Le 17 décembre, les quintes sont caractéristiques; il y en a eu quinze dans les 24 heures. J'insiste vivement auprès des parents, leur montre les dangers d'une coqueluche à cet âge, je leur montre aussi que l'ennui des piqûres n'est rien à côté des complications possibles de la maladie, que l'enfant est trop jeune pour prendre des capsules, et je finis par obtenir l'autorisation de faire des injections sous-cutanées.

Le traitement commence le 19. J'injecte quotiennement 5 cc. de la solution à 20%. Le 18, il y a eu 18 quintes, suivies parfois de vomissements.

Le 19, il y a eu 21 quintes. Le 20, 23 quintes. Le 21, 22 quintes. Puis la décroissance s'accroît: Le 23, 14 quintes; le 26, 10 quintes; le 31 décembre, l'enfant n'a plus que trois à quatre quintes dans les 24 heures. Enfin, le 5 janvier, je constate que, s'il tousse encore, il s'agit d'une toux banale, peut-être encore un peu quinteuse, mais sans reprises. Je cesse les injections sous-cutanées de Goménol, et les remplace par le sirop au Goménol. Le 20 janvier, l'enfant ne tousse plus du tout.

Je n'ai certes pas la prétention avec ces deux observations de dire que le Goménol est un médicament spécifique de la coqueluche, tous les deux, en *pleine période ascensionnelle* de leur maladie, ont vu les quintes rétrocéder puis disparaître avec une telle rapidité qu'on ne peut nier que cette disparition n'ait été due à l'action du médicament.

J'ai été d'autant plus frappé de ces résultats que quelques mois auparavant, j'avais soigné avec mon confrère DUVAL, de Dunkerque, deux cas de coqueluche pour lesquels le Goménol ne fut pas employé, et qui furent rebelles à toute thérapeutique: ce ne fut qu'à la longue que la maladie guérit en dépit des multiples traitements essayés.

E. AUSSET,

Professeur à la Faculté de Médecine de Lille.

CÉPHALALGIE ET AUTRES NÉVROSES RECONNAISSANT COMME CAUSE L'EFFORT OCULAIRE PAR VICE DE RÉFRACTION (1)

Conclusion: 1° L'effort oculaire par défaut de réfraction est la cause d'un grand nombre de cas de céphalalgie. 2° On observe d'autres névroses associées à la céphalalgie savoir: dépression mentale, nausées, indigestions, vomissement, insomnies, étourdissements, mouvements choréiformes des paupières, de la face etc; 3° ces phénomènes douloureux et autres disparaissent après la correction de la réfraction avec les plus grands soins; 4° pour ces examens il est essentiel d'user de mydriatique; 5° souvent le malade ne se plaint pas de la vision; 6° l'amétropie est souvent d'un faible degré; 61, 2% des cas de l'auteur ont été corrigés par un cylindre 0,75 D et même au-dessous; 7° un cylindre de 0, 25 D peut être de grande valeur; 8° l'anisométrie est fréquente; 9° dans quelques cas, il existe de l'insuffisance musculaire nécessitant l'usage des prismes.

GUÉRISON D'UN EPITHÉLÉOMA RÉCIDIVANT DE LA PAUPIÈRE PAR LE MIRMOL.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, porteuse d'un cancroïde de la paupière inférieure droite, ayant détruit la peau et la conjonction palpébrale. On avait d'abord pratiqué l'excision du cancroïde et fait une autoplastie: quelques semaines après il y eut une récurrence. C'est alors que M. employa le mirmol, toute intervention étant impossible; 3 mois après, la guérison était complète.

La cicatrice de la peau était très petite, et celle de la conjonctive à peine visible. Cette préparation, présentée par Ranclet en 1898 est une solution d'un dérivé de l'aldéhyde formique.

M. applique le mirmol 1 à 2 fois par jour, d'abord en solution à 10%, puis en concentration de plus en plus élevée, 1/1 pour la peau 1/2 pour la conjonctive.

(1) Siméon Snell, *Clinique Ophthalmologique*.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'EAU SALÉE (SOLUTION PHYSIOLOGIQUE) DANS L'AMBLYOPIE PAR PERTE DE SANG (2).

Déjà dans l'année 1897, Terson avait conseillé les injections sous-cutanées d'une quantité considérable d'eau salée dans les cas d'obscuration par suite de fortes pertes de sang pour prévenir la cécité totale si fréquente dans ce cas-là; il mentionne un cas où une malade, frappée de cécité après de fortes métrorrhagies puerpérales, recouvra complètement la vue après une injection de 400 c. c. d'une solution physiologique d'eau salée. Averti par le compte rendu de cette communication de Terson, Elsching traite par ce moyen et avec succès des cas de cécité subite à la suite d'hémorragies intestinales.

Après quelques considérations sur le mécanisme de la cécité par les grandes pertes de sang et les objections apportées à ce mode de traitement l'auteur conclut ainsi: quoiqu'il en soit, dans tous les cas, les injections sous-cutanées d'eau salée faites au moment où les premières altérations oculaires se déclarent, ne peuvent avoir qu'une influence très favorable sur les altérations anatomiques ou fonctionnelles de l'appareil récepteur ou conducteur de l'œil, en relevant la tension sanguine et augmentant la quantité du sang.

La quantité du liquide injecté a varié de 400 à 1000 c. c.

PROTHESE OCULAIRE. (1)

L'auteur passe en revue les différentes substances utilisées par Bourgeois, Valude, Breker, Fages. Il combat l'idée de Venneman qui pensait que le caillot sanguin, consécutif à l'hémorragie de l'énucléation, pouvait s'organiser. Il rapporte les trois cas publiés par Lagrange sur l'inclusion d'un œil de lapin dans la cavité orbitaire ou même d'un œil de cobaye, mentionne les tentatives de Baraquer, de Vélez Daniel. Le professeur Laglyze a tenté trois fois, sans succès, l'inclusion dans la capsule de Tenon d'un morceau d'éponge stérilisée.

Une étude complète des injections de vaseline d'après le procédé de Gessemay ou de paraffine d'après Eckstein termine ce

(1) D.-H. Elsching (de Vienne), *Clin. Ophthm.*

) Professeur Lafleyze, *Clin. Ophthm.*—Dr de Vicar.

travail qui contient en plus le procédé qu'emploie l'auteur pour introduire dans la capsule de Tenon une boule de paraffine de 16 millimètres de diamètre et d'un poids de 134 centigrammes.

DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE, SÉRUM GÉLATINÉ ET SÉRUM DE TRUNECEK. (2)

La guérison complète d'un décollement de la rétine, c'est-à-dire la restitution ad integrum de la vision est chose assez rare pour, quand le fait se produit, on essaie d'en tirer quelques conclusions pour le traitement en général. L'observation du malade a été suivie pendant six ans.

Le fond de l'œil est absolument inéclairable; le corps vitré, au milieu de son trouble, laisse percevoir de larges corps flottants dus à l'hémorragie sans aucun doute.

Après avoir fait subir au malade sans beaucoup de résultats différents traitements: injections sous conjonctivale de cyanure de mercure, de sérum artificiel, frictions mercurielles, injections de pilocarpine etc. le Dr Guibert a recouru aux injections de sérum gélatiné selon la formule de Wecker.

L'acuité remonte à 1-20, puis à la quatrième injection à 1-5. Alors songeant que son malade est en somme un artérioscléreux atteint d'hémorragie à répétition, et que c'est sur la cause du décollement qu'il convient surtout d'agir; il a recouru au sérum de Trunceek. Pour plus de faculté, au lieu d'employer, soit les injections, soit les lavements, il prescrit les cachets de chlorure de sodium, sulfate de soude, phosphate de chaux et de soude conseillés par Lévi.

En 8 jours l'acuité visuelle remonte à 1-4, puis 15 jours plus tard à 2-3, et l'acuité normale est atteinte un mois après le début du traitement avec 10 injections de sérum gélatiné.

Comme réflexions, ce cas suggère les suivantes: Il s'agit évidemment d'un cas de décollement consécutif à des hémorragies à répétition. On sait que la guérison est plus facile à obtenir dans ces cas, il ne faudrait cependant pas perdre de vue la désorganisation finale du globe qui arrive si souvent.

Soit par l'action vaso-dilatatrice, soit par la diminution de la

(2) Dr Guibert *Clin. Ophthalm.*

pression sanguine ou par la minéralisation qu'il produit, le sérum de Truncceek a paru avoir une action indiscutable sur la marche de la guérison dans ce cas et dans bien d'autres ; d'ailleurs M. Guibert ajoute avoir par devers lui plusieurs observations d'hémorragie de la rétine et du corps vitré, de papillites hémorragiques où la combinaison des deux derniers sérums gélatinés et de Truncceek a permis d'obtenir une guérison plus rapide et plus complète.

TRAITEMENT DES TAIES DE LA CORNÉE PAR DES INJECTIONS SOUS-CONJONCTIVALES DE BENZOATE DE LITHINE. (1)

A l'exemple de M. Maget, Marseille qui, considérant que les taies de cornée renferment des calcaires, a proposé de les traiter par le benzoate de lithine employé en collyres. M. Olivier conseille ce médicament sous formes d'injections sous-conjonctivales.

Il cite une observation d'un sujet de 15 ans atteint de taies cornéennes suite d'ophtalmie phlycténulaire de l'enfance. Le traitement fut commencé le 5 septembre et terminé le 10 septembre. Le premier jour M. Olivier injecte un quart de seringue de Pravaz de la solution de B. de 1 à 1%, additionné de quelques gouttes d'acoiné au même titre il n'y eut pas de douleur, pas de phénomènes réactionnels. L'acuité visuelle avant le traitement était de 1-15.

Le second jour l'acuité visuelle s'élevait à 1-10 ; jusqu'au 10 septembre le même traitement fut continué ; tous les deux jours une demi-seringue de Pravaz était injectée, et le 10 septembre l'acuité visuelle était de 1-7 50. Les injections suivantes n'ont pas produit de résultat appréciable.

L'auteur cite encore deux observations ayant beaucoup d'analogie avec la précédente et formule les conclusions suivantes :

a) Eclaircissement des taies de la cornée, amélioration de la vision par ce procédé.

b) Dans les cas sus-relatés, trois à dix injections d'une demi-seringue de Pravaz ont suffi pour obtenir le maximum d'amélioration.

c) Les injections sous-conjonctivales de Benzoate de lithine sont plus actives que les instillations ; ces injections à 1% sont bien tolérées, ne provoquent pas de phénomènes réactionnels.

R. BOULET.

(1) Dr Olievres (Espagne), *Clin. Ophthalm.*—Dr Chevalisr.

ACTUALITES

LE BILL RODDICK. — LE MANDAT DE NOS GOUVERNEURS. — LA COMMISSION POUR L'ETUDE DU SERUM ANTITUBERCULEUX DE MARMORECK. — LES TRADITIONS MEDICALES

Le BILL RODDICK. — A la dernière séance de la Société Médicale de Montréal, le président des étudiants en médecine est venu demander l'opinion des membres sur une requête que McGill lui avait adressée comme président des étudiants en médecine.

Cette requête demande que le gouvernement fédéral s'occupe de créer un Bureau central d'examineurs dont les pouvoirs sont définis dans le Bill Roddick et dont le *but avoué* est la licence inter-provinciale. Toujours la même question.

La société médicale a donné aux étudiants en médecine le conseil de ne pas signer cette requête, car la création d'un bureau fédéral suivant les termes de Bill Roddick porte une atteinte directe à nos universités provinciales et à notre système d'instruction primaire.

Un rapport complet de la question a été soumis à l'approbation des membres de la société, il y a un an environ, et les membres du comité désignés, au nombre desquels était M. le Dr E. P. Lachapelle, Président du C. M. C. P. Q., pour en faire l'étude, ont été unanimes à déclarer que le Bill Roddick était inacceptable dans sa forme actuelle. Certains amendements ont été apportés dans la rédaction de la clause IV afin de protéger davantage nos universités provinciales.

En effet, le Bill Roddick autorise le bureau fédéral à faire subir des examens et à délivrer des licences à "*tous les étudiants*" qui seront qualifiés à cette fin. C'est-à-dire qu'un élève qui aura étudié durant quatre ou cinq années dans une université provinciale pourra se dispenser d'y subir ses examens, s'il a l'intention d'aller exercer ailleurs que dans sa province, car son diplôme ne lui servira de rien: le bureau le rejette. Il ira donc tout droit à Ottawa où il subira un *seul examen* qui lui vaudra la licence inter-provinciale.

C'est cette clause que le comité a amendée en décrétant que "*seuls les médecins licenciés dans leurs provinces respectives*"

seraient admis à se présenter devant le bureau fédéral pour y subir les examens en vue de la licence interprovinciale."

À l'étudiant candidat tel que le veut le Bill Roddick, le bureau fédéral eut pu imposer un programme fixant les qualités et connaissances exigées pour l'inscription qui aurait bouleversé notre enseignement classique.

Au *candidat-médecin* dûment qualifié, on n'impose que des connaissances médicales. Le bureau fédéral le reçoit tel que l'a formé l'université où il a étudié et tel que l'a voulu le collège des médecins des provinces respectives au point de vue brevet.

C'était conserver notre autonomie en matière d'enseignement primaire et universitaire.

On a refusé, naturellement, d'amender le Bill Roddick dans ce sens, et nous avons refusé, naturellement, notre appui à une mesure qui semble nous conduire fatalement à *l'Université d'Etat*.

Nous avons demandé alors que l'on prenne les moyens d'obtenir une licence interprovinciale par une législation provinciale et je me permets de citer au long le chapitre de notre rapport qui pose la question.

“ Si l'on songe aux moyens d'action dont on puisse disposer, pour obtenir la licence interprovinciale, deux se présentent à nous à nous qui semblent les seuls possibles dans les circonstances.

1° *Une législation provinciale ;*

2° *Une législation fédérale.*

I *Une législation provinciale :*

Avant de fixer les bases d'une législation provinciale uniforme, il convient d'étudier l'organisation respective de chacune des provinces au point de vue médical.

Dans la Province de Québec, tout élève porteur d'un diplôme de docteur d'une Université reconnue, et dûment qualifié, (sous brevet ou bachelier), reçoit, *de droit*, la licence provinciale. Le Collège des Médecins est tenu de la délivrer sans se préoccuper autrement des qualifications du candidat si ce n'est par ses assesseurs: contrôle purement nominal et absolument insuffisant.

Dans les *provinces-sœurs*, l'organisation diffère.

En prenant la Province d'Ontario comme type nous voyons, au contraire, que tout élève porteur d'un diplôme universitaire doit, pour recevoir sa licence qui lui donne *seule*, le droit d'exercer, passer un nouvel examen devant un bureau d'examineurs nommés par le Collège des Médecins dont quelques-uns de ses membres sont choisis parmi les professeurs des Universités reconnues.

Ce fait, d'une organisation diamétralement opposée, nous explique le refus de la part des autres provinces, spécialement d'Ontario, opposé à notre demande d'échange pure et simple. Elles ne pouvaient reconnaître à notre licence une équivalence égale sans accorder, *ipso facto*, à nos Universités un privilège qu'elles ont toujours refusé à leurs propres Universités.

L'objection était péremptoire: et elle subsiste. Néanmoins, elle pose, d'une façon nette et précise, dans notre province, la question du contrôle de l'enseignement médical par le Collège des Médecins et Chirurgiens. Si l'on admet que le Bureau des Gouverneurs soit qualifié pour changer, perfectionner de temps à autre le *curriculum* d'études médicales et l'imposer aux écoles enseignantes, il est juste de croire qu'il puisse se qualifier au même titre pour exercer un contrôle effectif sur les résultats acquis de ce même enseignement. Car, jusqu'à présent, ses fonctions ont pu être assimilées à celles d'un simple bureau d'enregistrement. On y exerce aucune surveillance sur la qualification scientifique du candidat à la licence.

On objectera peut-être que les assesseurs auprès des Universités sont les représentants officiels du Collège; mais il est permis de soutenir que le contrôle qu'ils exercent est purement nominal, n'ayant aucune voix délibérative aux examens. (Jug. en appel.)

Or, en supposant que les Universités de la Province de Québec admettent le principe du contrôle des examens, il devient possible de légiférer de façon à mettre sur un même pied tout élève diplômé dans l'une des Universités au Canada.

Done, nous pourrions, *par une législation provinciale*, obtenir tous les résultats désirables, en nous basant sur les principes suivants :

1° Une licence provinciale donne *seule* le droit, à un élève

diplômé et dûment qualifié comme étudiant, d'exercer la médecine;

2° Le Collège des Médecins et Chirurgiens est seul autorisé à délivrer la licence provinciale ;

3° Tout élève diplômé est tenu de passer un nouvel examen avant d'obtenir sa licence ;

4° Le Collège des Médecins et Chirurgiens est autorisé à nommer un bureau provincial d'examineurs composé de professeurs attachés aux différentes Universités et de médecins non affiliés aux facultés ou écoles de médecine ;

5° Ce bureau d'examineurs assumera la charge de faire subir des examens écrits et oraux, au moins une fois par année, à tout élève diplômé qui désirera obtenir la licence provinciale.

On objectera peut-être qu'une semblable mesure diminuerait le prestige de l'enseignement universaire; mais nous soutenons, au contraire, qu'elle ne ferait que le mettre en évidence en démontrant, une fois de plus, l'excellence des qualifications du candidat. Au surplus, les Universités des provinces anglaises n'en ont pas été amoindries, et, même dans la Province de Québec, l'Université Laval, par la Faculté de Droit, a dû reconnaître la compétence du Barreau et de la Chambre des Notaires pour contrôler l'enseignement qu'elle donne à ses élèves sans détruire, d'aucune manière, le prestige dont elle a joui jusqu'à ce jour.

Il en serait de même pour la Faculté de Médecine.

Nous aurions, dès lors, la satisfaction de croire que tous les corps enseignants seraient sur un même pied d'égalité; nous aurions le grand avantage d'échanger notre licence provinciale contre celle de toute autre province au Canada, car leurs statuts, ceux d'Ontario entr'autres, renferment un *proviso* qui décerne *l'échange pure et simple* avec toute province qui sera sur un même pied d'organisation; et nous conserverions intact le principe de l'autonomie provinciale en matière d'enseignement supérieur.

Telles sont les considérations qui découlent de l'étude que nous avons faite, dans cette première partie, de la licence interprovinciale au point de vue d'une législation purement provinciale."

LA LICENCE INTERPROVINCIALE ET LE COLLÈGE DES MÉDECINS.

Depuis que nous avons écrit ces lignes, le collège des médecins a posé la question au mois de juillet, puis le silence s'est fait. Toujours l'apathie et le *statu quo*. A part un petit nombre, parmi nos gouverneurs, personne ne s'occupe des questions vitales qui préoccupent nos collègues anglais. Nous sommes débordés de tous côtés et pendant ce temps nous délibérons... sur une augmentation de salaire ou sur les moyens à prendre de faire durer le plaisir du *far niente*... c'est-à-dire de prolonger un mandat déjà bien inutile. Que le Collège des Médecins s'occupe de rédiger un plan de réformes soumis à l'approbation des Universités et qu'il termine enfin cette éternelle question de licence interprovinciale, puisqu'il en a le pouvoir. C'est le seul amendement au Bill Roddick qui puisse nous profiter.

Nos confrères, du *Bulletin de Québec*, qui ont fait une opposition formidable au Bill Roddick, même amendé, et qui se sont montrés si jaloux d'une autonomie que nous voulons nous aussi maintenir, auraient pu, il me semble, élaborer un plan de législation provinciale qui aurait mis fin au débat. Mais non, on se tait. Si le geste est beau, chers collègues, combien je lui préfère le fait acquis. Vous êtes, presque tous, gouverneurs du collège, là-bas; agissez donc, et n'allez donc pas dépenser une verve inutile à critiquer, ce qui est digne d'éloges et ce que vous êtes les seuls à ne pas comprendre. (1) Race supérieure, dites-vous, je le veux et je le crois, mais encore faut-il l'établir aux yeux de ceux qui en doutent. Faites des lois meilleures que celles que vous critiquez et que vous rejetez, et l'on croira que vous êtes autre chose que des écoliers ou des rhéteurs.

Quoique vous écriviez, on peut dire, sans exagérations, que vous n'avez rien fait en faveur de la réforme du programme des cours préparatoires à l'étude de la médecine, sinon que de tenter d'en rabaisser le niveau avec votre qualification à 50% au lieu de 75%. Vous n'avez rien fait en faveur de la licence interprovinciale que l'on réclame à grands cri- et qui est d'un intérêt vital pour le médecin canadien-français, sinon de dire que le

Bill Roddick était dangereux, Vous n'avez rien fait pour les Sociétés Médicales qui sont des véritables et les seuls noyaux de notre développement scientifique, et qui, seules, peuvent empêcher le médecin de district comme le médecin des villes de descendre au niveau du vulgaire charlatan, sinon de crier bien haut que le président voyait peu clair dans cette affaire. Nous sommes en faveur d'un aide matériel aux sociétés médicales sous forme d'abonnements aux périodiques français et anglais importants; mais nous n'avons vu aucun rapport sérieux auquel on puisse adhérer *prima facie*. A-t-on fait le dénombrement des sociétés existantes? le nombre des membres actifs? leur siège?....A-t-on fixé les conditions requises de toute Société Médicale pour avoir droit à telle faveur?.... Autant de points d'interrogation qui font hésiter non-seulement le président mais même ceux qui sont en faveur de ce nouveau schème. Un président ne saurait adhérer à toute innovation importante sans s'assurer, par la voix autorisée d'un rapporteur, du bien-fondé de toute demande entraînant un détournement de fonds à perpétuité. Un plaidoyer n'est pas suffisant: il faut un plan soigneusement préparé. Et vous demandez un prolongement de votre mandat de trois à cinq ans!..... Si trois années ne suffisent pas à ceux qui nous gouvernent pour améliorer un peu les conditions de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, il est à présumer que cinq années seront, aussi, trop vite passées en supposant que nos députés soient aussi amoureux que d'habitude *du tout repos*. Nous terminons en affirmant que notre parlement médical est un pur enfantillage; que le nombre des gouverneurs est ridiculement hors de proportion avec les intérêts qui sont en jeu et que, seuls, quatre ou cinq des hauts-officiers du collège aidés de quelques rares partisans, assument toutes les responsabilités et dirigent efficacement quand, par hasard, il ne sont pas entravés dans leur œuvre de progression par ceux qu'ils traînent à la remorque.

Nous sommes tentés d'appliquer à Notre Académie Médicale, en le parodiant légèrement, mais avec plus d'à propos, le vers d'un poète humoristique parlant de l'Académie française; *ils sont là quarante-cinq qui travaillent comme quatre*.

LA COMMISSION POUR L'ÉTUDE DU SÉRUM ANTI-TUBERCULEUX DE MARMORECK. — A la même séance de la Société Médicale, une commission composée de MM. Hervieux, LeSage, Dubé, F. DeMartigny, Marien, St-Jacques, Bernier, et A. Mercier (rapporteur) a été nommée, avec pouvoir de s'adjoindre et mission de s'enquérir de la valeur du sérum antituberculeux de Marmoreck, et de faire rapport dans un délai convenable. Tous les cas de tuberculose pulmonaire, osseuse etc, seront soumis à un examen rigoureux devant plusieurs des membres de la commission avant d'être soumis au traitement sérothérapique. Les résultats de l'examen et du traitement seront soigneusement consignés et contrôlés pour chacun d'eux, et les conclusions seront portées à la connaissance du public médical après une étude clinique sérieuse et fouillée qui devra s'étendre sur une centaine, au moins, de malades.

Deux ordres de faits ont engagé la Société Médicale à s'occuper de cette question. 1^o L'importance de la question, d'abord: car une méthode nouvelle mise en lumière par un savant tel que Marmoreck, à propos d'un sujet tel que la tuberculose, mérite qu'on la considère, qu'on l'expérimente, qu'on l'étudie sur tous ses côtés avant de prononcer le *non serviam*.

La médecine doit s'inspirer avant tout des grandes idées humanitaires qui l'ont guidée dans tous les temps, et laisser à d'autres les mesquines considérations de l'intérêt personnel.

2^o Un autre ordre de faits a engagé la Société à mettre le sujet à l'étude; c'est la réclame demesurée, j'oserais dire insensée, que les journaux quotidiens ont faite à propos du rapport qui a été soumis au comité d'hygiène. Ils ont dénaturé — comme c'est leur habitude du reste — la question. Ils ont affirmé naïvement que la tuberculose "avait vécu" et que l'espérance était rendue à tous les tuberculeux.

Rien de plus faux. La Société Médicale s'est élevée contre une semblable prétention qui est de nature à induire en erreur le public en général et les tuberculeux en particulier.

Cette méthode de sérothérapie antituberculeuse est encore en enfance et c'est afin d'établir sa valeur approximative aux yeux des médecins comme aux yeux du public qu'elle a nommé une com-

mission chargée d'étudier avec sincérité cette question si pleine d'intérêt pour les médecins comme pour les malades.

Qu'il y ait en des cas qui ont été favorablement influencés, la chose paraît admise. Mais il est avéré aussi qu'un grand nombre de tuberculeux n'ont aucunement bénéficié de ce nouveau sérum et que d'autres en ont été incommodés.

Une étude plus serrée pourrait peut-être nous éclairer sur les indications, contre-indications, doses, etc. . .

C'est ce que veut sincèrement la Société Médicale. Je crois que Marmoreek sera mieux servi par les médecins que par les politiciens, au Canada. Nous avons donc mis la question sur le seul terrain où elle eut dû mise d'abord.

Formons le vœu qu'elle donne aux médecins une arme de plus pour combattre un ennemi singulièrement redoutable, et aux infortunés malades la certitude d'une guérison assurée. Mais en attendant soyons prudent, et n'allons pas crier victoire avant d'avoir engagé la bataille.

TECHNIQUE DES INJECTIONS

La Seringue. — Il convient d'avoir une seringue spéciale, ne servant à aucun autre usage, et d'une contenance de cinq centimètres cubes, préférablement. Les seringues, tout en métal, ne sont pas à conseiller, car il est très difficile de s'assurer qu'elles ne contiennent pas de globules d'air, qu'il est toujours dangereux d'injecter.

Le piston et les coussinets seront en caoutchouc, ce qui permet de les stériliser par l'ébullition.

Les Aiguilles. — Celles en platine iridiée sont incomparablement supérieures, pour le praticien ordinaire surtout, car elles sont facilement et instantanément désinfectées, en les portant au rouge, sur une flamme d'alcool, ce qui peut se faire partout sans inconvénient. Au contraire, les aiguilles d'acier, pour être stérilisées, doivent être bouillies. Si, par accident, après stérilisation, l'opérateur les touche avec le doigt, ou les échappe, elles devront être bouillies de nouveau, ce qui demande beaucoup de temps. J'ai vu un confrère stériliser son aiguille par l'ébullition, puis, en

la fixant, l'échapper sur une bommode, la ramasser, la fixer de nouveau et faire l'injection. Il n'y a rien de surprenant à ce qu'il y ait, dans ces conditions, de la rougeur, de la douleur, de l'inflammation enfin, au lieu d'injection. De plus, les aiguilles d'acier rouillent et se bouchent.

L'aiguille doit se fixer sur la seringue, à frottement, comme presque toutes les aiguilles françaises, et non pas à vis, comme les aiguilles allemandes, anglaises ou américaines. Cela supprime beaucoup de chances d'infection, tant par le coussinet, que par les anfractuosités, et par la manœuvre de fixation, qui est beaucoup plus simple.

Stérilisation de la peau. — La stérilisation de la peau est des plus faciles. Il suffit de la frotter d'abord avec un tampon de "coton salicylé" imbibé d'alcool méthylique pur, puis légèrement, avec un tampon de "coton salicylé" imbibé d'éther sulfurique. On laisse ensuite couler un peu d'éther sur la peau. Cela a le double avantage de compléter la stérilisation et d'anesthésier suffisamment la peau, pour que l'injection se fasse sans douleur.

De cette manière, l'injection se fait en quelques secondes, et l'on supprime la difficulté de l'eau bouillie, etc., etc.

L'injection. — Une fois la peau préparée, on enfonce l'aiguille stérilisée, autant que possible dans le tissu cellulaire, où les vaisseaux sont peu nombreux et petits, plutôt que dans les muscles, où il y a chance de pénétrer dans une veine, ce qu'il faut éviter à tout prix, pour les injections de sérum, comme pour celles d'huile cambrée et autres principes actifs.

Afin de s'assurer que l'aiguille n'est pas dans une veine, on enlève la seringue, que l'on emplit seulement alors de sérum. On attend une minute et, s'il ne sort pas de sang par l'aiguille, on pousse l'injection très lentement.

On enlève alors l'aiguille, et l'on ferme la plaie par du collodion, ou un tampon de "coton salicylé" imbibé d'alcool, que le malade tient en place pendant quelques minutes.

L'endroit où faire l'injection est assez indifférent. Il importe d'en choisir un où il y ait du tissu cellulaire: la fesse, la cuisse ou le ventre.

Le sérum se vend en flacons de cinq et de six centimètres cubes. Autant que possible, il faut employer en une fois le contenu du flacon, afin de supprimer les chances d'infection, par l'air ambiant, lorsqu'on débouche le flacon plusieurs fois. Donc, pour les injections moyennes, de cinq centimètres, il vaut mieux employer des flacons de cette contenance.

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT

Nous donnons ci-après la technique des injections de sérum anti-tuberculeux, telle que préconisée par Marmoreck lui-même.

Comme on le sait, les injections se font par séries de dix à douze injections, suivies d'un intervalle de repos.

Si l'on traite un cas ordinaire, c'est-à-dire à la première période, ou au commencement de la seconde, et ne présentant pas beaucoup d'élévation de la température, comme, par exemple, 99½ ou 100, il convient d'injecter le sérum comme l'indique le schéma ci-dessous, au N° I.

TABLEAU N° 1

1er jour.....	5 cc.
2e jour.....	5 cc.
3e jour.....	5 cc.
4e jour.....	5 cc.
5e jour.....	5 cc.
6e jour.....	} repos.
7e jour.....	
8e jour.....	
9e jour.....	
10e jour....	5 cc.
11e jour.....	5 cc.
12e jour.....	5 cc.
13e jour.....	5 cc.
14e jour... ..	5 cc.

Repos de quinze jours à trois semaines.

Ensuite, reprise des injections comme plus haut.

Le cas traité est de même nature que le précédent, mais le malade supporte mal le sérum. Il présente, à la suite des injections,

de l'érythème large à l'endroit de l'injection, de la douleur locale, de l'urticaire généralisé, ou des douleurs articulaires.

Il convient alors d'espacer un peu les injections, comme je l'indique dans le tableau N. 2. — Mais on comprendra que chez ces malades, l'action du sérum sera moins rapide et moins puissante, puisque, dans un temps donné, les doses injectées seront forcément moindres.

TABLEAU N° 2

1er jour	3 à 5 cc.
2e jour	repos.
3e jour	5 cc.
4e jour	repos.
5e jour	5 cc.
6e jour	repos.
7e jour	5 cc.
8e jour	repos.
9e jour	5 cc.
6 jours de repos.	
16e jour	5 cc.
17e jour	repos.

En tout de nouveau cinq injections.

Trois semaines de repos.

Et ensuite comme plus haut.

S'il s'agit d'un cas aigu, à température très élevée, présentant une large infiltration des poumons et de la dyspnée, le sérum ne sera vraiment efficace que si on en injecte de fortes doses, comme l'indique le tableau suivant :

T. BLEAU n° 3

Les cinq premiers jours, 10 cc. chaque jour.

Cinq jours de repos.

Les six jours suivants, si le malade est amélioré, 5 cc. chaque jour.

Si le malade n'est pas amélioré, 10 cc. chaque jour.

Quinze jours de repos, à la suite desquels on reprendra le traitement comme indiqué dans le tableau n° 1.

Méningite tuberculeuse. — L'intensité de l'infection et la rapidité d'évolution sont telles, dans la méningite tuberculeuse, que le sérum ne saurait donner des résultats comparables à ceux obtenus dans les autres formes de la tuberculose.

D'autre part, étant donné que la méningite tuberculeuse ne pardonne pas, peut-être n'a-t-on pas essayé des doses assez fortes. Marmoræck, dans une méningite chez un enfant jusqu'à deux ans, conseille les doses suivantes :

Les deux premiers jours, 5 C. C. matin et soir

Les huit jours suivants, 5 C. C. le matin.

Ensuite repos pendant huit jours, et recommencer.

Chez un enfant au-dessus de deux ans :

Les deux premiers jours, 10 C. C. le matin et 5 C. C. le soir

Les deux jours suivants, 10 C. C.

Les six jours suivants, 5 C. C.

Tuberculose chronique. — Le tuberculeux est malade depuis trois ans, et la maladie évolue sans fièvre ou à peu près. Les lésions anatomiques sont plus ou moins considérables, mais la quantité sécrétée est peu abondante.

Ici on injectera le sérum à la dose de 5 C. C. pendant quatre jours.

Quatre jours de repos, et nouvelles injections.

On laissera alors le malade se reposer pendant 3 ou 4 semaines.

Tuberculose chirurgicale. — Il est à noter que, dans ces cas, les malades supportent mieux le sérum que dans la tuberculose pulmonaire.

On aura avantage à commencer par une injection de 5 C. C. par jour, pendant dix jours.

On laissera ensuite reposer le malade pendant trois semaines et on recommencera comme dans le tableau No I.

N. B. — Le docteur Marmoræck recommande, récemment, dans les cas ordinaires, de donner des injections tous les deux jours, jusqu'à concurrence de dix injections, laissant ensuite le malade se reposer pendant trois semaines.

Cette méthode accomode mieux le malade et toute accumulation de doses de sérum dont l'activité se maintient pendant 48 heures. L'arythmie, lorsqu'elle se produit, a chance de disparaître avant une nouvelle injection."

* * *

Mais avant de clore cet article, nous croyons utile de faire disparaître l'impression, récemment répandue, que la lutte que soutient aujourd'hui Marmoreck peut être comparée à celle que soutint Pasteur lorsqu'il mit à jour l'existence des microbes, et, plus tard, lorsqu'il préconisa les méthodes de sérothérapie.

Autant vaut comparer la médecine moderne, dont la précision, souvent mathématique, ne laisse place à aucun doute, dans un grand nombre de cas, avec la médecine ancienne, dont les vues purement spéculatives laissaient le médecin libre d'errer dans des considérations et déductions sans fin qui tenaient plus à la philosophie qu'à la médecine.

Pasteur surgit tout-à-coup. Il s'attaque à un ordre de choses établi depuis des siècles; avec preuves à l'appui, il en démontre l'inanité. À l'incertitude de l'esprit il oppose la précision du microscope; à l'erreur traditionnelle il oppose la vérité imminente, indiscutable, implacable.

On s'étonne, on discute, on résiste. À cela rien d'étonnant. On demandait aux maîtres de ce temps-là de renier toute une époque où des noms illustres avaient écrit des pages mémorables, et on les mettait dans l'obligation d'avouer que, jusque-là, ils avaient enseigné l'erreur.

Il fallut multiplier des faits expérimentaux, en apprécier la juste valeur, les varier à l'infini aux yeux de tous, accumuler les preuves, afin de porter la conviction dans ces âmes de grands théoriciens avant qu'ils consentent à abandonner leurs *dieux larcs*.

Mais la vérité triompha: Pasteur *créa* une médecine nouvelle, qui n'est en rien comparable à la médecine ancienne. En un mot, il fit œuvre de génie. Il s'imposa au monde entier. La voix solitaire du grand clinicien Peter fut le dernier cri de vanité d'un monde qui passe: quelque chose comme la voix "les morts qui parlent". Tel le dernier chant du cygne dans le silence de la nuit qui monte enveloppant d'ombres épaisses et impénétrables les ailes blanches désormais refermées, après avoir longtemps resplendi au soleil d'or ou dans le mirage des eaux calmes et limpides.

Marmoreck, au contraire, surgit en pleine renaissance; les méthodes nouvelles ont désormais droit de cité. Plus de luttes.

Il fabrique un sérum antistreptococcique qui est reçu, à ses débuts, avec la plus grande faveur. Partout on l'expérimente, partout on le prône. Ce n'est plus de l'inertie, c'est de la bonne grâce, c'est le commerce facile de la porte ouverte.

Plus tard, il imagine une méthode nouvelle de sérothérapie antituberculeuse. Il fabrique un sérum qui fait du bruit dans Landerneau". Néanmoins on l'expérimente dans les grandes cliniques. Les résultats ne sont pas tels qu'on les désire. On lui conseille de continuer ses recherches; mais on n'est pas opposé au principe de la méthode. Elle peut donner le succès qu'on espère; mais elle pêche peut-être sur un point de technique, ou bien elle repose sur une conception osée. On demande l'expérimentation sur une plus grande échelle. Et la question est pendante.

Est-ce à dire que nous, médecins, nous récusons la méthode? Non. Nous demandons qu'on dissipe nos doutes en nous prouvant que ce nouveau sérum antituberculeux guérit réellement la tuberculose.

Nous faisons plus: nous nommons une commission chargée d'étudier la question: nous soumettons volontiers nos malades — ceux qui y consentent — à ce nouveau traitement. Mais nous voulons le contrôle.

Que des journaux quotidiens s'en étonnent, personne de nous n'en est surpris. Lorsqu'on a l'habitude de faire de la politique à l'enchère on est mal préparé pour entendre la probité scientifique qui doit primer tout chez le savant convaincu et chez le médecin honorable. Dans toute question de cette importance, où il s'agit de la vie de son semblable, la médecine exige le contrôle absolu. La méthode de Marmoreck n'aura fait que subir les rigueurs de cette loi inexorable. Et les exemples ne manquent pas.

Lorsque Koch — en Allemagne — qui, certes, est un savant de premier ordre, annonça la découverte de sa tuberculine, on cria bien haut qu'il avait bien mérité de l'humanité en général et de sa patrie, en particulier. Les malades affluèrent, les expériences se multiplièrent, le contrôle s'organisa, et, après mûre délibération, on recusa définitivement sa méthode comme insuffisante et dangereuse dans le traitement de la tuberculose humaine. Elle a servi, depuis, à dépister la tuberculose chez les animaux.

Plus tard, lorsqu'il annonça avoir perfectionné sa technique et être arrivé à fabriquer une tuberculine — qu'il appela tuberculine T. R. — qui donnait des résultats inespérés dans certains cas de tuberculose pulmonaire, on s'empressa, aussitôt, de contrôler scientifiquement les dires de ce savant. On arriva à la conclusion que cette nouvelle méthode avait, elle aussi, échoué.

Il y a trois ans, au congrès de Londres, Koch annonce que les deux tuberculoses — humaine et bovine — ne sont pas identiques et que les précautions hygiéniques prises jusqu'ici sont surannées et parfaitement inutiles. On s'étonne, on discute, on expérimente, on compare, bref on contrôle et on arrive à réviser ces théories nouvelles qui reposent sur une expérimentation incomplète et défectueuse.

Ces exemples, choisis entre 100, suffisent aux médecins, habitués à ces procédés, sinon aux politiciens socialistes, que le contrôle embarrasse trop souvent, hélas !

S'il en était autrement, la médecine deviendrait une arme par trop dangereuse et l'humanité souffrante passerait rapidement sous le joug des vampires, ces fameux exploitateurs de tous les grands sentiments.

Et l'on s'étonne, après cela, qu'on veuille, nous aussi à Montréal, exercer un contrôle effectif — aussi profitable aux médecins qu'aux malades — sur les faits nouveaux que l'on met devant le public ignare des choses de science médicale pure?... Mais, nous suivons en cela des traditions plusieurs fois séculaires et nous cherchons à se protéger les uns les autres contre nos propres errements, toujours possibles aux heures d'engouement thérapeutique.

N'allons donc pas crier persécution quant il ne s'agit que de protection réciproque, et surtout n'allons donc pas faire à propos de tout ou de rien des rapprochements entre un génie tel que Pasteur, qui créa de toutes pièces, et des savants tels que Marmoreck, qui n'ont fait que suivre, en les élargissant, les sentiers battus.

En médecine comme en toute chose, il faut considérer la fin.
Honni soit qui mal y pense

LA RÉDACTION.

NOTRE PROFESSION

AU BANQUET DU WINDSOR

Pour un premier essai, le banquet du 21 février fut un succès! La grande salle du Windsor était remplie de confrères en habits de fête causant et buvant gaiement. . . . Évidemment il ne faisait pas bon d'être malade en ville ce soir-là!

Curieuse ville, que Montréal, et combien étrange est son corps médical! Pas plus il n'y a d'homogénéité entre les races d'origine française, anglaise, écossaise, irlandaise, etc, qui composent la population du haut, du bas et de tous les faubourgs de notre ville, pas plus il n'existait jusqu'ici d'harmonie, de solidarité et d'union entre le médecin canadien-français et le médecin canadien anglais! Ni l'un ni l'autre ne voisinaient, ne se recherchaient. Tous deux vont semant, avec même ardeur et ambition égale, soins ou conseils à qui les demandent, et, pourtant ils ne se connaissaient pas, ou si peu!

Ministres d'un même Culte, ils étaient étrangers comme les prêtres de religions différentes.

Pourquoi n'étions-nous pas plus unis? pourquoi, groupés ensemble, ne cherchions-nous pas à nous connaître et à nous estimer? pourquoi, médecins de la métropole, ne formions-nous pas un corps professionnel unique au monde, un corps médical où auraient fraternisé fils de France et fils d'Albion, où les questions de races, de clochers auraient été choses inconnues; où la science seule aurait régné en maîtresse?

Pourquoi? Tous nous ne saurions le dire ni l'expliquer. Était-ce simple routine ou habitude acquise? peut-être; gêne ou timidité? qui sait; manque de contact? je le crois; mauvaise volonté ou haine? Oh non! Nous avons tous reçu une forte leçon le soir du 21 février dernier, que nous avons comprise, bien tard hélas! pourquoi nous étions si ignorés et si éloignés les uns des autres? nous avons constaté *de visu* ce que l'occasion d'une rencontre peut accomplir; ce que quelques heures, accoudés à une même table, font naître dans la tête et dans le cœur de confrères, qui ne se sont jamais vus d'aussi près!

Et pourtant, c'était la première fois que nous dinions ensemble! Chaque année nous verra revenir avec plus de joie, et

deux ou trois fêtes comme celle que nous avons eue auront cimenté l'alliance des médecins de langue française et de langue anglaise à Montréal. Cette première réunion ressemble par plus d'un côté à la première journée d'une longue traversée en mer. Les passagers se regardent tout juste, font de rares connaissances, personne n'ose! Le lendemain et les jours qui suivent, un rien: un coup de vent, une vague plus grosse, ou la silhouette d'un navire au loin, autant de raisons pour s'adresser la parole et faire naître des sympathies qui durent parfois très longtemps.

Quelques confrères ont trouvé que les convives manquaient peut-être d'enthousiasme, que tout s'était passé *trop correctement*, qu'il n'y avait pas assez de bruit ni assez d'entrain autour des tables, c'est possible; mais patience, nous n'en sommes encore qu'au premier banquet, attendez les autres et vous verrez choses différents j'en suis sûr.

Les discours ont été bien faits et bien dits par des gens convaincus de la grandeur de l'œuvre à accomplir.

Quelle excellente idée de faire présenter en français par un confrère Anglais la santé de notre Société Médicale! Et de même la santé de la "Montreal Medico-chirurgical society" fut présentée en anglais par un confrère d'origine française.

M. le Prof. W. Gardner, connu pour son amour des lettres françaises, fit un discours vibrant d'enthousiasme et d'esprit gaulois, qui fut lu par notre ami le Dr J. C. McCarthy par suite d'une indisposition du Professeur Gardner. M. le Président du banquet, le Dr E. P. Lachapelle, dans un langage sobre où chaque mot porte, nous parla de nos intérêts professionnels; ils nous invita à travailler à former l'union de tous les médecins de notre ville pour mieux nous protéger.

M. le Prof. F. W. Campbell, du Bishop, a parlé comme toujours avec esprit et dans un langage choisi. Il a rappelé à notre souvenir une page d'histoire médicale remplie de noms sonores et toujours vivants dans notre mémoire: Les Pelletier, les Munroe, etc, etc.

Sir William Hingston a répété en anglais et en français que la science n'avait pas de patrie; qu'un Pasteur et un Lister étaient de tous les pays et appartenaient au monde entier!

Le Professeur Buller, du McGill, fit, dans un discours français, l'éloge de la *Canadian Medical Protective Association* dont il a tant à cœur le succès.

Le Prof. Shepperd et le Prof. Armstrong firent, le premier, l'histoire de l'Université McGill, depuis ses débuts, et l'autre, l'histoire de la " *Montreal Medico-Chirurgical Society* " qu'il nous montra dans ses phases diverses de misères et de prospérité.

Nos amis, MM. Harwood et O. F. Mercier ont fait, le premier en anglais et le second en français, des discours d'apôtres; leur parole chaude a soulevé l'enthousiasme général et leurs appels à l'Union et à la *fraternisation* furent couverts d'applaudissements!

Comme il eut été bon, alors, d'entendre quelques petites remarques sur la presse médicale au Canada! Deux mots, même trois si vous le voulez, un coup de coude par en haut et la santé de la presse médicale eut été bue, peut-être avec enthousiasme, qui sait?

Car, enfin, nos journaux de médecine ont quelque utilité: je parie que nos sociétés médicales ne seraient pas aussi florissantes s'ils ne leur venaient en aide en publiant leurs comptes rendus, et les travaux qui y sont présentés.

Enfin ce sera pour une autre fois!

J. E. DUBÉ.

N. B. Nous avons pu nous procurer le texte des discours prononcés par MM. Gardner et Mercier, au nom des deux Sociétés. Nous nous faisons un plaisir de les publier en entier.

M. le Dr. Gardner, au nom de la *Medico-Chirurgical Society* de Montréal.

Monsieur le Président, Messieurs,

Lorsque le comité chargé de la direction de ce banquet m'a prié d'assumer la tâche de proposer le toast à la Société Médicale, j'ai beaucoup hésité. Non que je ne fusse en sympathie et tout à fait d'accord avec le mouvement qu'a inauguré cette réunion des deux sociétés que représente la profession française et anglaise de notre ville, mais parce que je doutais de pouvoir m'en acquitter d'une manière convenable à une occasion si importante.

Pour moi qui, depuis longtemps, regrette l'éloignement, dirai-je, ou, si vous trouvez le mot trop dur, le manque de rapprochement entre les deux nationalités que nous sommes, vivant côte à côte, cette réunion me cause un vif plaisir.

Messieurs, dans des questions de science aussi bien que dans des questions d'art, la question de nationalité ne doit pas entrer.

Je suis, je l'avoue, un admirateur humble, mais sincère, de la belle langue française, de sa littérature si riche et si brillante, la langue de Victor Hugo et de Balzac; admirateur de la profession médicale française et de ses magnifiques contributions à la science et à l'art de notre profession; admirateur de la nation qui a donné à l'humanité le grand Pasteur, dont les œuvres scientifiques ont, directement ou indirectement, tant contribué à sauver la vie et à amoindrir les souffrances de notre espèce; et je vois avec beaucoup de satisfaction ce mouvement.

Parlant de la révolution de 1830, Victor Hugo a dit " L'union de la France et de l'Angleterre peut produire des résultats immenses pour l'avenir de l'humanité " et je cite un autre mot du grand poète " la France et l'Angleterre sont les deux pieds de la civilisation."

Eh bien! messieurs, j'ose affirmer que l'union des médecins Français et Anglais de notre ville peut produire des résultats immenses et amener des progrès dans la science médicale; faciliter les rapports de notre profession avec le public, et, j'ose le dire, améliorer l'état hygiénique de notre ville et de notre province.

Paraphrasant le mot de Victor Hugo, ne peut-on pas dire que les médecins Français et Anglais sont les deux pieds qui élèvent et qui soutiennent l'édifice médical de notre province; faisons en sorte que ces deux pieds soient bien placés et qu'ils ne trébuchent pas l'un l'autre.

Si, jusqu'à présent, nous n'avons pas collaboré au but si désirable dont je viens de parler, je crois à propos de suggérer certaines causes, certaines raisons, espèce de confession du côté de mes compatriotes. Ce n'est pas la question de religion; dans notre Société se trouvent des membres qui sont de la même croyance que celle de la majorité de vos membres. Ces messieurs sont toujours, je les assure, les bienvenus. Nous ne les voyons pas assez souvent assister à nos assemblées.

Je crois que c'est plutôt la question de langue.

Nous, Anglais, soit par insouciance, soit par manque d'assiduité ou par manque d'audace, ne nous occupons pas suffisamment de l'étude de votre belle langue et du génie si charmant de votre nationalité afin de vous mieux comprendre. Messieurs les membres de la Société Médicale, avez-vous des suggestions à nous faire? Avons-nous des fautes que vous pouvez nous indiquer? Avez-vous des aveux à faire de votre part? Critiquons chacun soi-même afin d'amener des progrès vers un but aussi désirable que celui de l'unité d'action.

Messieurs, mes collègues de la *Medico-Chirurgical Society* de la profession Anglaise, je vous invite chaleureusement à vous unir à moi dans le toast que j'ai l'honneur de proposer. Nous sommes, ici, deux sociétés réunies dont le but est identique, ce toast est basé sur la fraternité et la cordialité qui doivent exister et qui, j'ose le dire, existent et ont existé peut-être depuis plus longtemps que nous l'avons cru, mais qui n'ont pas été suffisamment mises en évidence, jusqu'à présent. Espérons que cette magnifique réunion aura pour effet de faire disparaître les malentendus, de créer des amitiés nouvelles, et de cimenter à jamais les anciennes.

Messieurs, mes collègues de la *Medico-Chirurgical Society*, buvons au toast, buvons à pleins verres à la santé de la *Société Médicale*. Messieurs de la Société Médicale, au nom de mes collègues, je vous salue.

M. le Dr O. Mercier, au nom de la Société Médicale de Montréal.

Monsieur le président, Messieurs:

La santé de la Société Médicale, que M. le Prof. Gardner vient de proposer en des termes si charmants, est une santé qui nous est bien chère, car c'est la santé d'une Société scientifique encore très jeune, pas aussi prospère peut-être qu'elle pourrait et devrait l'être, mais qui cependant après avoir passé par des débuts des plus difficiles, a pu enfin s'affermir et nous donner des résultats que je serais presque tenté de qualifier de merveilleux. Non-seulement elle a contribué dans une large part à entretenir parmi nous

l'amour de l'étude, de la science, l'amour des recherches nouvelles, mais aussi elle a répandu au loin dans cette province ces mêmes sentiments d'émulation, elle a été indirectement la cause de la création de nombreuses sociétés médicales sœurs qui ont, dans ces dernières années, tant et si bien, d'un commun accord, contribué à relever le niveau de la profession médicale canadienne française, qu'il nous a été possible d'avoir à Québec d'abord, à Montréal tout dernièrement, deux Congrès qui ont été de véritables succès, dont nous avons lieu de nous glorifier. Mais là ne devait pas s'arrêter ses efforts vers le bien, et aujourd'hui nous avons la joie de voir un nouveau et excellent résultat de son existence, je veux dire cette brillante assemblée qui contribuera fortement j'en suis certain à unir davantage les deux éléments principaux de notre noble profession en ce pays, la nationalité Anglaise et la nationalité Française, qui toutes deux, tout en vivant un peu à l'écart l'une de l'autre, travaillent chacune dans sa sphère vers le progrès incessant, et éprouvent l'une pour l'autre de véritables sentiments d'estime et d'amitié. Quand je suis allé il y a deux mois avec mon ami Dubé vers mes compatriotes Anglais pour leur demander au nom des membres de la société médicale s'ils voulaient bien se joindre à nous dans nos agapes fraternelles, la réponse ne s'est pas fait attendre, j'ai vu que nous avions pensé juste et le résultat en est ici présent ce soir, le résultat immédiat, Messieurs, mais c'est là le moindre, car celui que nous avons surtout en vu c'est le résultat futur.

On a pu croire jusqu'à ce jour, voyant cette division plus apparente que réelle qui existe entre nos compatriotes anglais et nous, que l'accord n'était pas parfait; on a pu penser que l'idée mère de nos sociétés françaises, de nos congrès, était de nous isoler davantage. Eh bien, je tenais à prouver qu'il n'en est rien, la seule raison qui nous sépare dans nos études, dans nos réunions scientifiques, c'est la question de langue. Il nous serait difficile à nous, dont un grand nombre ne parlent pas ou peu l'Anglais, de prendre part à des réunions à des discussions médicales, et comme nous avons senti nous aussi le besoin d'avoir nos réunions scientifiques, nous avons créé nos sociétés, nos congrès. Mais pour se rencontrer amicalement, pour fraterniser à la même table, pour boire ensemble à la santé des êtres et des choses qui nous sont chères,

l'on peut facilement se comprendre même en langage différent, car ici la raison fait place aux sentiments, la pensée fait place au cœur, et convaincu comme je le suis, comme vous l'êtes tous, de l'avenir immense de notre pays, convaincu que cet avenir est en rapport direct avec la concorde, l'harmonie qui doit exister, et de fait, qui existe déjà entre les deux grandes races qui peuplent ce pays, cette fête, cimentant davantage la bonne entente, l'entente cordiale, qui existe entre nous, contribuera indirectement au bien de notre patrie, de notre cher Canada.

Aussi quel beau spectacle, Messieurs, de voir cette immense assemblée de médecins, descendants des deux plus belles nations du monde, des deux nations les plus civilisées, professant les mêmes études, pratiquant les mêmes dévouements, citoyens du même pays, de nous voir ici, dis-je, réunis dans ces agapes fraternelles si bonnes, si belles. Le pays dont les enfants sont issus de telles races ne peut, Messieurs, quand ces enfants, ceux surtout qui, comme nous font partie de la plus noble profession, sont instruits, marchent ensemble dans la voie du travail, du devoir et du progrès, ce pays, dis-je, peut voir l'avenir avec sérénité et être convaincu qu'il est appelé aux plus grandes, aux plus belles destinées.

Le rôle du médecin n'est pas seulement de soigner et de guérir, il peut faire plus: instruit comme il l'est, admis partout, faisant pour ainsi dire partie de toutes les familles, il est tout autant et peut-être plus que tout autre à même de diriger l'opinion publique. Aussi cet exemple de bonne confraternité venant de nous est-il plus frappant plus puissant que tout autre. Je n'ai aucun doute qu'il fera l'admiration générale.

Avant de terminer, laissez-moi vous remercier encore une fois au nom de la Société Médicale dont j'ai l'honneur d'être le très humble président, pour les bons souhaits que vous avez formulés pour elle, et, Messieurs et chers compatriotes anglais, soyez certains que, ces bons sentiments, nous les partageons entièrement pour votre belle et florissante Medico chirurgical Society.

Médecins présents: Drs J. G. Adami, E. W. Archibald, Georges E. Armstrong, A. A. Browne, F. Buller, W. G. M. Byers, J. C. Cameron, F. W. Campbell. H. B. W. Carmichael, H. M.

Church, H. B. Cushing, W. H. Drummond, J. M. Elder, F. R. England, D. J. Evans, F. G. Finley, George Fisk, W. Gardner, A. E. Garrow, F. W. Gilday, G. R. Girdwood, A. H. Gordon, Jos Guerin, F. J. Hackett, A. W. Haldimand, George Hall, H. D. Hamilton, W. F. Hamilton, H. J. Harrisson, Sir William H. Hingston, W. B. Howell, J. A. Hutchison, J. A. Hutchinson, D. A. Hingston, James M. Jack, E. J. C. Kennedy, H. A. Lafleur, M. Lauterman, Hugh Lennon, F. A. L. Lockhart, John A. MacDonald, Ridley MacKenzie, Andrew Macphail, J. G. McCarthy, J. B. McConnell, John McCrae, C. F. Martin, G. H. Mathewson, Wesley Mills, Fernand Monod, A. G. Morphy, M. S. Morrow, A. S. Morrison, A. G. McAuley, A. G. Nicholls, James Perrigo, A. R. Pennoyer, H. L. Reddy, W. G. Reilly, A. A. Robertson, R. F. Rorge, G. T. Ross, D. Robins, A. Schmidt, E. J. Semple, I. C. Sharp, F. J. Shepherd, D. A. Shirres, N. O. Smillie, A. Laphorn Smith, W. A. Smyst, J. R. Spier, Prof. T. A. Starkey, A. D. Stewart, W. G. Stewart, J. W. Stirling, H. Tatley, F. E. Thompson, C. W. Vipond, E. M. von Eberts, R. A. Westley, de Jersey White, George Wilkins, C. W. Wilson, Robert Willson, J. W. Scane, W. A. Cumming, A. Lorne, C. Gilday, H. L. Puvex, M. L. Ship, Hardisty, W. A. Wilkins, et H. J. Prendergast.

Mrs J. O. A. Archambault, E. G. Asselin, A. D. Aubry, Abert, Ripon Aubry, Hector Aubry, Z. M. Aumond, G. Baril, C. N. Barry, A. Beauchamp, dentiste, G. Beauchamp, J. A. E. Beaudoin, Lachine, E. P. Benoit, J. U. Bérard, A. A. Bernard, L. A. Bernard, pharmacien, C. Bernier, S. Boucher, R. Boulet, T. Brunneau, C. F. Bayard, A. Brodeur, J. L. Belanger, H. Campeau, J. A. Cardinal, G. E. Cantier, J. A. Charotte, R. L. Charette, H. Chartier, E. P. Chagnon, Chevalier, Iberville, P. Q., A. Chrétien-Zaugg, L. V. Cléroux, J. W. Colerette, I. Cormier, T. Cypilot, Camirand, Sherbrooke, P. Q., E. G. Dagenais, A. Daigle, Dansereau, J. P. Descarie, L. A. Demers, A. Derome, Wm J. Derome, J. L. Desroches, Frs De Martigny, Dion, Longue-Pointe, J. E. Dubé, Duchesnois, Varennes, P. Q., C. A. Dugas, H. M. Duhamel, Desaulniers, St-Lambert, P. Q., E. Dubeau, dentiste, K. Dorian, L. M. Delorme, A. Ethier, C. Ethier, Valcourt, P. Q., L. Franchère, dentiste, F. Fleury, L. E. Fortier, A. A. Foucher,

N. Fournier, J. P. Gadbois, M. J. Gadbois, pharmacien, L. E. Gagnon, Frs Gagnier, L. A. Gagnier, E. Garceau, S. J. Girard, L. J. Girard, E. P. Grenier, Chs Guilbault, H. Guilbert, Godreau, St-Sébastien, P. Q., Hamelin, interne, Hôtel-Dieu, L. de L. Harwood, R. Hébert, H. Hervieux, Fre Jeannotte, H. Jeannotte, J. Kennedy, G. H. Kent, dentiste, J. E. Laberge, L. Laberge, E. P. Lachapelle, L. Lalonde, W. Lalonde, J. B. A. Lamarche, J. Lantot, A. Laramée, G. E. Larin, A. Lassalle, A. Laurence, pharmacien, E. E. Laurent, R. Laurier, A. Lavergne, Bordeaux, H. Lasnier, J. A. Leblanc, D. Lecavalier, A. Leduc, A. Lemieux, dentiste, L. J. Lemieux, M. P. P., J. A. Lesage, F. Lefils, J. E. W. Lecours, pharmacien, A. Marien, Marion, Joliette, P. Q., A. R. Marsolais, D. Masson, A. F. Mercier, O. F. Mercier, L. P. B. Michaud, A. Mignault, V. Mignault, F. Monette, P. E. Mount, pharmacien, A. Mirault, O. Normandin, J. A. Ouellette, L. N. Picotte, A. Plamondon, F.-X. Plouffe, C. N. Poitras, C. Prévost, Ottawa, Ont., Frs de S. Prévost, L. E. Prévost, A. Ranger, H. Renaud, Nominingue, P. Q., A. Ricard, O. H. Richer, Ant. Riopelle, interne, Hôpital Notre-Dame, J. A. Rodier, J. P. Rottot, J. Rousseau, Hôpital Notre-Dame, P. Roux, H. Roy, J. N. Roy, J. A. St-Denis, Eug. St-Jacques, J. E. St-Onge, Valleyfield, P. Q. L. S. Peltier, J. G. Peltier, R. M. J. Trudeau, G. Tassé, Ierville, P. Q., C. N. Valin, de Werthemer.

ASSURANCE SUR LA VIE

Tout médecin désireux d'assurer sa vie pourrait obtenir tous les renseignements désirables en s'adressant à M. Steben, agent spécial de la *Sun Life*, bâtisse de la London & Lancashire Ins. Co., qui se fera un plaisir de les leur faire parvenir absolument gratuitement.

L'assurance *sur la vie* est l'économie assurée et la protection de la famille.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 7 Février 1905

Présidence de M. BOULET

PRÉSENTATION DE MALADES

MM. *Ethier et Harwood* présentent deux malades chez lesquelles, ils ont pratiqué l'opération césarienne.

L'histoire clinique et les détails opératoires de ces deux cas seront publiés plus tard.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

I. M. *Marien* présente au nom de MM. Dabé, Harwood, et au sien, des pièces et des préparations histologiques de cancer du rectum.

Ces pièces proviennent d'une opération pratiquée récemment sur une malade à qui l'on a fait l'extirpation totale du rectum, de l'utérus et des annexes, du vagin, de l'anus et d'une partie de la vulve.

Il s'agit d'un épithéliome glandulaire de l'intestin comme il est facile de le constater sur les préparations histologiques.

L'on peut voir sur ces pièces deux foyers cancéreux disposés en anneaux larges de deux à quatre travers de doigts, et envahissant toutes les tuniques de l'intestin, — l'un de ces anneaux est situé un peu au-dessus de l'S iliaque et l'autre au niveau du col utérin qu'il envahit ainsi que la paroi postérieure du vagin.

La lumière de l'intestin et son contenu sont sur le point de faire irruption dans la cavité abdominale par le foyer supérieur libre d'adhérences et à la veille de s'ouvrir.

Le foyer inférieur communique déjà avec la cavité utérine et le vagin par deux fistules.

L'auteur s'excuse de présenter ces pièces un peu hâtivement mais c'est que l'intestin est un organe difficile à conserver et MM. les membres de la société médicale ont le droit et le devoir d'examiner sérieusement les caractères de ces lésions anatomiques à l'état frais.

L'observation clinique, le procédé opératoire et les réflexions que comportent ces faits seront présentés à une séance prochaine.

M. de Martigny (François). — J'aurais mieux aimé connaître complètement l'observation de cette malade avant de discuter l'opportunité de ces interventions.

Je suis pour ma part totalement opposé dans les cas de cancer de l'utérus ayant envahi les organes voisins (vagin et rectum) à l'ablation de la totalité des organes malades. Ces opérations, il me semble, exposent trop la vie des malades pour un résultat aléatoire. Est-il humainement possible d'enlever dans ces cas tous les ganglions ?

La mortalité immédiate ou dans les quelques jours qui suivent l'opération doit facilement atteindre 75 à 80 pour 100. N'est-il pas préférable de faire dans ces cas un simple anus iliaque, opération facile, bénigne, moins brillante, que celle pratiquée par notre collègue mais dont les malades retirent un plus grand bénéfice immédiat et aussi éloigné, du moins je suis de cet avis, l'anus iliaque donnant dans ces cas une survie aux malades plus longue que celle donnée par l'ablation de l'utérus, du vagin, et du rectum. Quant à l'évidement du petit bassin, cette opération qui, théoriquement, promettait de si beaux résultats, est de plus en plus abandonnée, même en Allemagne, où elle fut en vogue un moment, la raison, c'est qu'en outre des difficultés opératoires, la mortalité à la suite de l'évidement est trop considérable.

II. M. St-Jacques présente un volumineux fibrome utérin, variété intraligamentaire. La malade âgée de 44 ans était venue consulter pour des douleurs marquées dans le bas-ventre et des mictions fréquentes et douloureuses, bien expliquées par l'enclavement de la tumeur dans le petit bassin. La malade eut des hémorragies peu abondantes il y a quelques années et qui ne furent en rien modifiées par un traitement électrique suivi (méthode Apostoli).

La ménorrhagie avait cessé depuis deux ans. Les adhérences si intimes de la tumeur aux feuillets du ligament large, ce qui est le contraire de l'habitude, portent M. St-Jacques à croire que le traitement électrique pourrait être pour quelque chose dans cette complication. Les surfaces de dénudation étaient si grandes et le suintement hémorragique en nappe si intense que M. St-Jacques crut bon ici de "*marsupialiser*" les feuillets du ligament large à

l'incision abdominale, ce qui permit un paquetage énergique. Les suites opératoires furent sans incidents.

M. St-Jacques présente un morceau de paroi abdominale montrant hernie et engagement d'omentum étranglé, le tout enlevé au cours d'une opération pour hernie étranglée. Chose étrange, la malade avait fait sa crise aiguë d'étranglement huit jours plus tôt — la crise classique, avec obstruction intestinale, ballonnement et vomissements, le tout ayant cédé à des purgatifs et lavements héroïques.

Comme la douleur persistait la malade vint demander l'opération. La hernie persistait, elle était omentale exclusivement avec adhérences dans le sac, et étranglement si bien marqué encre que l'omentum hernie était en voie de nécrose, noirâtre et ramolli qu'il était.

Il est intéressant de noter que cette symptomatologie complète d'étranglement intestinal avait été causée par un étranglement de l'omentum seulement.

La convalescence fut apyrétique et sans incident jusqu'au cinquième jour. Tout à coup la malade fut prise d'un malaise épigastrique — demanda à restituer et en vomissant tomba à la renverse en syncope cardiaque contre laquelle tout échoua.

La syncope fut-elle causée par un réflexe venant de l'estomac et pour lequel le pneumogastrique serait en cause? La malade très fortement adipeuse faisait certainement de la surcharge et de l'infiltration graisseuse — peut-être de la dégénérescence graisseuse.

L'examen antérieur du mécanisme cardiaque et des urines n'avait rien fait constater d'anormal.

M. St-Jacques présente un paquet variqueux enlevé à la partie supéro-interne de la cuisse d'un jeune homme qui avait présenté à cet endroit une phlébite aiguë sans que l'on puisse retracer d'infection antérieure ni de traumatisme comme facteur étiologique.

La résolution étant lente à se faire, la résection du paquet variqueux fut proposée et faite.

Elle permit de constater une solidification absolue du paquet veineux. La guérison fut rapide et sans incidents.

M. Harwood rapporte deux cas de fibrômes intraligamentaires volumineux qu'il a opérés dans le cours de la semaine précédente.

COMMUNICATION

M. Roy (J. N.),—polype du larynx. Ablation avec la pince de Wals.

(Ce travail a été publié dans le No de mars de l'union médicale).

M. Dubé attire l'attention des membres de la Société médicale sur une association de protection mutuelle de médecins contre les procédés et les frais judiciaires, la "Canadian medical protection association." (Voir le No. de mars de l'Union Médicale.)

Séance du 28 février 1905.

Présidence de M. MERCIER (Oscar)

COMMUNICATION.

M. L. P. Normand (des Trois-Rivières), Président de l'association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Les hypertrophies de la rate :

M. Dubé ajoute que les cas d'hypertrophie de la rate, sans être très fréquents, ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le croire.

M. Marien présente ses félicitations à M. Normand, à l'occasion de son intéressante communication.

M. de Martigny (François) : Les observations de M. Normand sont très intéressantes.

Le succès dans l'ablation de la rate du malade de son observation No 2, est un succès dont tout chirurgien serait orgueilleux. Quant à la fréquence de l'hypertrophie de la rate, je diffère d'opinion avec M. Dubé. Je crois que c'est une affection rare. Je ne me rappelle qu'un cas opéré il y a quinze ans, par M. le professeur Brunelle et avec un résultat tout à fait opposé à celui obtenu par notre confrère M. Normand.

Je serais heureux, si M. Normand voulait nous dire, et il serait intéressant de savoir, si chez son malade de l'observation No 2, il a employé pendant l'évolution de la fièvre typhoïde la quinine soit à haute dose, soit à petite dose.

Les auteurs signalent que dans les cas d'hypertrophie simple de la rate, la quinine amène souvent la disparition de l'hypertrophie.

M. Normand a employé la quinine chez l'enfant dont il a rapporté l'observation, à dose de 1 grain répété toutes les 4 ou 5 heures.

M. Mercier (Oscar), offre à M. Normand, des félicitations et des remerciements, au nom des membres de la Société médicale de Montréal.

Albert LARAMÉE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE VALLEYFIELD.

Séance du 16 février 1905

Présidence de M. C.-O. OSTIGUY

Cette réunion a eu lieu à l'Hôtel-Dieu de Valleyfield.

Étaient présents : MM. Ostiguy, Lussier, Lefebvre, Groulx, Besner, de Grandpré, Desgroseliers, J. T. A. Gauthier, Lamarche, St-Onge, Deguire, McCabe, Roy, Rhéaume.

Avant l'ouverture de cette séance nous avons eu la distinguée visite de l'Évêque de Valleyfield, qui est venu causer amicalement avec les membres de notre association, à laquelle il porte déjà un grand intérêt. Sa Grandeur nous a fortement priés de le supporter dans les louables efforts qu'il ne cesse de faire contre l'alcoolisme, qui fait de si grands ravages dans notre pays.

M. Ostiguy prend alors le siège présidentiel, et la séance est ouverte.

M. le secrétaire lit les minutes de la dernière assemblée. — La constitution telle qu'adoptée à cette même séance est signée par toutes les personnes présentes, qui deviennent, par le fait même, membre de la "*Société Médicale de Valleyfield.*"

On procède alors à l'élection des officiers pour l'année 1905.

Il est proposé par M. Lefebvre, secondé par M. Lussier, que MM. Ostiguy et Rhéaume continuent à remplir les charges de *président et de secrétaire-trésorier* respectivement. — *Adopté.*

M. Deguire est élu : Premier Vice-Président, M. Lamarche, Second Vice-Président.

MM. Desgroseliers et McCabe sont élus Membres du comité de régie.

Après l'élection des officiers, M. le président remercie l'assemblée de l'honneur qu'on vient de lui conférer, puis il promet de faire tout son possible pour se rendre digne de cette charge honorifique. Il sera l'écho de l'opinion de notre société auprès du bureau des gouverneurs.

M. Deguire énumère avec éloquence les avantages d'être organisés en association.

Il s'efforcera de faire de la propagande en faveur de notre Société dans son comté de Soulanges.

M. McCabe se charge de voir ses confrères en *art dentaire* et de convaincre ces Messieurs de s'unir à notre association. Les dentistes tireront bénéfice de l'expérience des médecins, tandis que ceux-ci bénéficieront des connaissances des autres.

M. Lussier nous engage à centraliser nos forces dans notre district, et à ne pas faire bénéficier les spécialistes étrangers au détriment de ceux qui habitent déjà notre arrondissement.

M. Rhéaume expose le but de notre association. Il fait une esquisse des questions d'intérêt professionnel susceptibles d'être discutées à nos réunions.

MM. Bastien, de Rigaud; Denis, de Vaudreuil; Cholette, de Ste Justine; Rose, de St-Anicet; Olivier, de Ormstown; Dauth, de Côteau du Lac ont envoyé des lettres pour s'excuser de ne pouvoir assister à la séance.

M. Dauth, dans sa lettre, suggère la fondation d'une bourse qui servait à mettre en opération, à l'Hôtel-Dieu de Valleyfield, un laboratoire de chimie et de bactériologie. La discussion de cette question est remise à la prochaine séance.

Plusieurs membres promettent des travaux scientifiques pour la prochaine assemblée, puis la séance est ajournée.

Z. RHÉAUME, *Secrétaire*.

FORMULAIRE

CONTRE LA COQUELUCHE.—(*Gazette des Hôpitaux*):

Antipyrine.....	3 grammes.
Sirof de fleurs d'oranger.....	26 —
Eau.....	100 —

(Chaque cuillerée à café contient 0 gr. 20 centig d'antipyrine).

Une à deux cuillerées à café chez les nourrissons. Cinq et plus à partir de deux ans. (Marian).

CORYZA PURULENT :

Eau oxygénée à 10 volumes	} àà
Solution de bicarbonate de soude à 2 o/o.....	

En lavage chaque jour, après lequel on introduira dans les narines de la vaseline mentholée à 8 ou 10 o/o.—(Courdrain, *Gazette des Hôpitaux*).

CONTRE LA GRIPPE :

Teinture de racine d'aconit.....	12 à 15 gouttes.
Antipyrine.....	2 grammes.
Sirof de fleurs d'oranger.....	30 —
Eau de tilleul.....	90 —

Une cuillerée toutes les deux heures.—(Grasset).

CONTRE LA MIGRAINE :

Phénacétine.....	0 gr. 10 centig.
Acétanilide.....	0 gr. 20 centig.
Valerianate de quinine.....	0 gr. 05 centig.

Pour un cachet. Cinq cachets en deux heures.—(*Gazette des Hôp.*, Paris).