

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER,	MM. L. F. FORTIER,	MM. J. A. LESAGE,
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MARIEN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
E. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPELLE,	C. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1905 :

MM. Benoit,	MM. Dion,	MM. Mercier,	MM. Rhéaume,
Ciéroux,	Laurendeau,	Nadeau,	Roy,
Daigle,	Laramée,	Normand,	Sirois,
D'amours,	Lessard,	Parizeau,	Tourigny.

✉ Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr J. A. LESAGE, Secrétaire, 268, rue St-Denis, Montréal.

Vol. XXXV

1er JUIN 1906

No 6

MEMOIRES

LA LITHIASI BILIAIRE. — VARIETE DE SES MANIFESTATIONS.

Par M. EUGENE ST-JACQUES,

Agrégé, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Montréal.

Dire que la lithiasie biliaire est de fréquente occurrence n'est pas chose nouvelle: — mais montrer par des observations cliniques la variété de ces manifestations, voilà qui peut offrir quelque intérêt, — et c'est là ce dont nous allons causer.

Insisterai-je sur ce fait que l'homme en est quasi indemne, tandis que la femme y est très sujette? Peut-être n'avons-nous pas tous été également frappés de cette vérité clinique, Kehr — in Centralb. f. Chir. — relate le résultat de 720 interventions pour lithiasie biliaire et mentionne 536 femmes contre 119 hommes, soit donc 5 contre 1.

La lithiasie affectionne de préférence chez la femme les voies biliaires, comme elle a un faible pour les organes urinaires de l'homme: la spécialité en pathologie existait bien avant le XIXe siècle!

Si le sexe a fort à dire en la matière, — il y a bien aussi d'autres considérations qui militent: la diathèse est ici un facteur important.

Ne fait pas des hernies qui veut, — dit un vieil aphorisme médical, — tout autant pourrait-on dire des calculs biliaires. Les bilieux, les sanguins, les arthritiques sont aussi peu disposés aux hernies, — que les lymphatiques aux calculs: mais aux premiers la gravelle, soit-elle hépatique, intestinale ou rénale, — tandis qu'aux seconds, les tissus relâchés, les organes ptosés, les hernies.

Avec quels soins Glénard les a palpés ces lymphatiques relâchés de tissus, et comme il a bien pronostiqué sur ces candidats à la ptose. Sa sollicitude n'a d'égale que celle de Bouchard pour les ralentis de nutrition, les arthritiques.

L'arthritisme a plus d'un méfait à son crédit, — et si je ne mentionnais que les migraines, les hémorroïdes, l'eczéma, l'asthme... la lithiase serait en droit de réclamer sa place au cortège. Hanot a insisté sur cette influence diathésique, et Dieulafoy est non moins affirmatif: "l'état diathésique domine la pathogénie de la lithiase."

Faut-il nécessairement une infection — soit par voie sanguine, soit par voie intestinale ascendante — pour donner naissance à la gravelle du foie? Très souvent nous en relevons les manifestations évidentes dans les antécédents des hépatiques. Mais le fait est que, en nombre de cas, tout trace antérieure nous échappe absolument.

Reconnaissons qu'il y a ici un chimisme que nous ne saisissons pas encore. La chimie biologique est avare de ses secrets de fabrication, et il n'en est que bien peu que nous lui avons arrachés. Pourquoi, par exemple, la cholestérine qui n'existe qu'en très petite quantité dans la bile — 2 % — entre-t-elle pour 70 % dans la formation des calculs? Et les sels de chaux, dont il n'y a que des traces dans la bile, — pourquoi constituent-ils certains calculs à eux seuls?

Pourquoi ces calculs se forment-ils à certain âge plutôt qu'à tel autre?

Quand même le XXe siècle se réclamerait des progrès de son devancier, il lui faut bien reconnaître tout de même que ces dires du profond Trousseau ont encore beaucoup de vérité: "En réalité, les causes réelles de la maladie — la lithiase — nous échappent et ce qui est incontestable, c'est que ces causes, quelles qu'elles soient, sont dominées par une prédisposition particulière de l'organisme."

Puisque le sexe modifie les manifestations pathologiques du foie, puisque la diathase à son tour imprime à ces manifestations une modalité spéciale, — voyons donc dans quelle gamme variée se comporte la lithiase biliaire.

* * *

OBSERVATION I: Mde M., vient consulter pour des crises de douleurs au côté droit. accompagnées de vomissements. Écoutez-là: 55 ans. Plusieurs enfants, en bonne santé. Rien de particulier du côté utérin. Dyspeptique?: depuis toujours, surtout depuis 23 ans, dit-elle. Des crises de douleurs fréquentes et intenses au creux épigastrique. Durant quelques heures au début, elles sont maintenant. 1° longues de plusieurs jours; 2° plus intenses, et 3° plus fréquentes.

— Vomissez-vous souvent? Si je vomis? — Tout, même l'eau au cours de ces crises. Puis l'estomac se calme avec les douleurs.

Souffrez-vous d'ailleurs? A mon dos et à mon épaule droite. — Et d'une démangeaison à ne pouvoir tenir en place ni dormir.

Les selles? — Du mastic souvent.

Examinons le malade maintenant. — Mal nourrie, ridée, elle a un peu l'air d'une vieille sorcière avec son masque plissé et jauni: car on la dirait teinte au safran. Ce qu'elle en est saturée de bile, et combien je m'explique sa démangeaison. Tout comme vous je m'attendais à trouver un poulx lent, très-lent peut-être, la brachycardie biliaire si connue.

Eh bien, non! il est normal. Cela n'a rien d'absolu, d'ailleurs.

Et l'inspection de la région hépatique? — Satisfaisante, voire même très dédommageante: une tumeur. L'œil saisit une belle rondeur de masse rénale ou de kyste ovarien. Mais la main trouve que si cette masse est rénitente et plutôt mobile, — elle ne s'étend pas jusqu'en arrière dans la loge lombaire pas plus qu'elle ne s'abaisse jusque dans la fosse iliaque.

Elle se contente de descendre à l'épine iliaque supérieure, de se porter à l'ombilic et de remonter jusqu'au foie pour se confondre avec lui. Celui-ci est gros, descend en bas des fausses côtes et se laisse manifestement sentir au creux épigastrique. La trouvaille ne nécessite pas d'étiquetage, — et vous avez tous reconnu là une hydropisie de la vésicule biliaire.

Cette brave femme, d'une patience et d'une endurance à toute épreuve porte dans sa vésicule des calculs en plus ou moins grand

nombre qui obstruent son canal cystique. Sous l'effet d'une inflammation catarrhale d'origine probablement infectieuse, les glandes de sa vésicule ont graduellement distendu de leur mucus altéré cette vésicule au point de lui faire atteindre le volume d'une tête d'enfant. Il ne faut s'étonner de rien après ce cas d'Ermann, rapporté dans les archives de Virchow, et où la vésicule biliaire contenait de 60 à 80 livres de liquide.

A cette obstruction cystique, joignons des calculs dans le cholédoque pour sûr, dont témoignent les selles mastic, l'ictère et les urines fortement chargées d'urobiline. L'imprégnation des tissus par la bile a été si intense à certains moments, que la transpiration tachait en jaune les sous-vêtements. Ce qui me remet en mémoire un cas vu à la clinique du Prof. Tuffier, où les derniers temps précédant l'opération, la lingerie du malade portait constamment la teinte safran. Des calculs furent trouvés en grand nombre et dans la vésicule et dans le cholédoque et dans l'hépatique.

Le tableau ne pouvait être plus classique: il était complet et rien n'y manquait.

* * *

Devons-nous toujours nous attendre à trouver ainsi le tableau aussi parfait? Certes non, c'est même l'exception. Voyez plutôt.

OBSERVATION II: Mde P., 45 ans, vient nous consulter en Nov. 1905, pour douleurs au côté droit et dyspepsie.

Antécédents: N'a jamais été malade jusqu'à il y a 4 ans. 12 enfants, le dernier il y a 6 ans. Depuis lors 3 f. c.; la dernière il y a un an à 3 mois. Actuellement ses menstruations diminuent et retardent graduellement.

Il y a 4 ans, une crise subite de douleurs assez vives au creux épigastrique, accompagnées de vomissements. Depuis lors a toujours souffert, et les douleurs vont en augmentant. Jamais d'ictère ni de sang dans les selles, que la malade n'a en aucun temps remarquées décolorées.

Durant novembre quatre crises nouvelles.

Examen: Bien que d'un physique bien conservé, elle a maigri fortement dit-elle. Teint pâle; pas d'ictère. Estomac légèrement dilaté. Foie: dimensions normales. A la région vésicu-

laire, une masse de la grosseur d'un œuf de pigeon, très dure et sensible à la pression.

Rien à noter ailleurs. Urines: 600 cc. par 24 heures, 1023, — traces d'albumine; — Urée: 17 gr. au litre, soit donc 9 gr. seulement l'élimination totale.

Vu les crises de douleurs et la localisation, je penche vers la lithiase; bien que la dureté de la masse, l'amaigrissement et la pâleur, avec en plus la présence d'albumine et la diminution de l'urée ne me font pas éliminer tout à fait la possibilité de néoplasie.

A l'opération nous trouvons une vésicule excessivement tendue et dure, où la cystotomie nous permet d'enlever 6 calculs, 4 à facettes et 2 rugueux et enchatonnés dans le c. cystique. Le cathétérisme des voies biliaires par la bougie à boule ne permet pas de constater d'autre calcul. Convalescence sans incidents: le 10ème jour la bile a définitivement cessé de venir par la plaie et les intestins fonctionnent bien. Dès lors, l'appétit revient; la digestion s'améliore rapidement, et aujourd'hui, la malade est bien portante, ayant en plus engraisé.

Trouve-t-on toujours une masse à l'hypocondre qui nous permette d'assurer? — Certes non, et jugez.

OBSERVATION III: M^{de} R., 34 ans, vient consulter comme la précédente, pour douleurs au côté et à l'estomac. Souffre depuis 8 mois: le début a été vers la fin d'une grossesse qui a d'ailleurs évolué à terme. Les crises peu intenses se renouvellent assez fréquentes; parfois un peu de subictère conjonctival.

La malade est une arthritique fraîche et souffre d'un eczéma sec psoriasiforme. Inutile d'ajouter qu'elle est dyspeptique.

Rien à sentir à la région vésiculaire; mais légère douleur à la pression profonde. Le traitement médical n'ayant pas apporté de soulagement, l'opération est conseillée et nous permet d'enlever 5 calculs, peu volumineux. La convalescence sans incidents est rapide; le 7ème jour il ne vient plus de bile.

L'estomac s'améliore rapidement et sous l'effet d'un régime et d'un traitement appropriés, les démangeaisons disparaissent en peu de temps, de même que la dermatite rétrocede de même allure. Deux mois après, la malade est tout à fait bien.

Jusqu'à quel point la lithiase biliaire peut déprimer une malade, le cas de M^{de} M. va nous le dire.

OBSERVATION IV.: Mde M., 38 ans, nous est adressée par M. le Dr Lebouthiller, de Lacolle. Pas de maladie jusqu'à il y a 6 ans; alors qu'a lieu, la première attaque de douleurs aiguës à l'hypochondre droit. Au lit 15 jours; vers le 4ème jour ictère qui dure 3 semaines. Les vomissements cessent avec les douleurs. La malade reprend ses occupations tout en conservant du malaise au côté.

2ème crise: il y a 2 ans: attaque semblable. Ventre très ballonné, — 4 mois au lit. Depuis lors les douleurs persistent.

3ème crise: octobre 1904, tient la malade au lit 7 mois. Douleurs et vomissements persistent. Durant mai 1905, les douleurs recommencent, et depuis lors la malade vomit "*tout ce qu'elle prend.*"

Examen: malade excessivement amaigrie, d'un physique délicat, mais d'un assez bon teint. Pouls filiforme, rapide, à peine comptable. Douleur vive à la palpation gastro-vésiculaire, où cependant nous ne sentons rien. "*Pas de stigmaté d'hystérie.*"

Etat utérin: 5 enfants, le dernier il y a 10 ans; tous en bonne santé. Pas de f. c. Menstruations irrégulières depuis mai dernier.

Nous nous rendons au diagnostic de notre confrère Lebouthiller, mais l'état d'affaiblissement de la malade contr'indique toute intervention immédiate. Les lavements nutritifs, le sérum artificiel, etc., relèvent l'état général, et bientôt l'intervention chirurgicale nous permet d'évacuer par la cystotomie 26 calculs vésiculaires et par la cholédoctomie 11 calculs à facettes enchâtonnés dans le cholédocoque. La vésicule est fermée, — le cholédocoque drainé; — le 5ème jour il ne vient définitivement plus de bile et la convalescence est très rapide. Aujourd'hui la malade qui digère à sa grande satisfaction a engraisé et se porte bien.

Voilà quelques cas typiques dans leur variété où les attaques antérieures avaient permis de dépister la lithiase, qui cependant chez les deux dernières malades ne se trahissait pas par des symptômes locaux nets.

En est-il toujours de même, et tel qu'ici les antécédents s'accroissent-ils comme à plaisir? La clinique toujours si riche d'enseignements va nous répondre.

OBSERVATION V.: Nous sommes appelés au Sault, par notre confrère le Dr Peltier, auprès de Mde X., très souffrante, au lit

depuis deux jours. Dans la quarantaine, la malade, qui a élevé une assez nombreuse famille a toujours vaqué à ses occupations d'intérieur, sans avoir eu d'autres maladies que ses couches.

Tout à coup elle est prise de douleurs dans le ventre, accompagnées bientôt de vomissements. Le surlendemain nous voyons la malade. Pouls 110, — temp. 103°, — langue chargée, — les intestins ont fonctionné le matin. A l'examen de l'abdomen, nous constatons de la défense musculaire dans toute la moitié droite; le maximum de sensibilité est sur la ligne mammaire à mi-chemin entre la ligne des épines iliaques et le foie. La nullité des antécédents, jointe à l'ensemble des symptômes nous fait porter le diagnostic d'appendicite à type remontant et nous conseillons l'opération puisque, malgré 48 heures de traitement médical approprié, l'état de la malade a empiré.

La laparotomie nous conduit sur un *appendice normal*; mais le prolongement en haut de l'incision nous amène à une vésicule biliaire très distendue. La cholécystotomie permet d'enlever, mais avec grande difficulté, un "énorme" (le plus gros que nous ayons vu, de la grosseur d'un œuf de pigeon) calcul biliaire, enclavé dans le canal cystique. Tous les symptômes s'amendèrent; — mais voilà que 36 heures après le cœur commence à céder et la malade meurt d'asystolie aiguë en quelques heures.

Est-ce d'une myocadite aiguë infectieuse, ou à l'occasion de cette infection biliaire et de l'anesthésie une vieille myocardite qui sommeillait s'est-elle tout à coup affirmée et manifestée?

OBSERVATION VI.: C'est ainsi que j'ai mémoire de telle malade qui, n'ayant été alitée par aucune maladie à sa connaissance et opérée pour un kyste ovarien, — dont la convalescence fut apyrétique et absolument simple — donna au 3ème jour seulement, après l'opération des signes d'intermittence cardiaque, qui furent très alarmants pour quelques jours et qu'elle garde encore en permanence après plus d'un an.

Rappellerai-je le cas de M. N., 54 ans, très régulier d'habitudes; en excellente santé, opéré pour un traumatisme à la jambe, qui prend le chloroforme parfaitement bien et néanmoins "3 heures après son réveil" donne des signes d'intermittence et d'irrégularité cardiaques, au point de nécessiter une surveillance suivie pour 3 jours, et ce n'est qu'après huitaine que le cœur retrouve son rythme régulier. Les suites opératoires avaient été apyrétiques.

Mais revenons à notre cas de cholécystite, à vieux calcul, mais à début brusque. Les cas sont-ils rares de calculs qui sont longtemps avant de trahir leur présence. Certes non.

J'ai mémoire d'une autopsie d'un malade emporté par une pneumonie, où je trouvai un gros calcul biliaire; et pourtant pas de passé biliaire chez le malade.

Le Dr Marien, d'ailleurs, en a lui-même rapporté plusieurs cas au 1er Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique. Voici quelques-unes de ses observations intéressantes que je dois à sa gracieuseté.

Mde D., 33 ans. Pas de passé hépatique ou biliaire. Cholécystite aiguë: opération: vésicule remplie de pus et calculs.

Mde P., 59 ans. Vieille dyspeptique, rien de plus. Cholécystite aiguë: opération: pus et 89 calculs.

Mde H., 28 ans. Pas de passé biliaire. 1re crise: opération: Pus et calculs.

Bien plus encore non seulement la cholécystite aiguë peut être prise pour l'appendicite aiguë en quelques cas, et vice versa — comme Dieulafoy a maintes fois attiré notre attention sur cette question de pathologie, — mais aussi les deux sont souvent concomittantes.

“L'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, se confluent dit-il, et de cet accouplement dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë, tantôt lente et progressive naît un état complexe.”

La cholécystite serait-elle la conséquence de l'appendicite? Nous savons en effet avec quelle fréquence l'appendicite donne naissance aux abcès hépatiques, sous-diaphragmatiques et même à la pleurésie droite, la “pleurésie appendiculaire.” Le réseau veineux qui communique de l'appendice au foie, les vaisseaux lymphatiques qui montent de l'appendice expliquent facilement ces complications, que nous devons toujours craindre.

Se basant sur une trentaine d'observations, Dieulafoy veut que la vésicule biliaire ait été la première en faute. “Dans 25 cas sur 30, écrit-il, on voit que ce sont les symptômes des lésions biliaires qui ouvrent la scène, les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard.”

Voyons encore combien insidieux peut être l'évolution de la lithiasé biliaire, et combien elle se manifeste parfois, sous des dehors trompeurs.

Smith nous rapporte (Lancet, nov. 26, 1905), qu'il est appelé auprès d'un malade sous l'effet d'une obstruction intestinale. Pas de passé; tout avait été subit. L'autopsie montra une occlusion du "gros" intestin par un énorme calcul biliaire, *du volume d'un œuf de poule*. Pas de péritonite.

Voici encore:

Une malade est prise subitement d'occlusion intestinale dont elle meurt. A l'autopsie on trouve un calcul biliaire de près de 4 pouces de circonférence arrêté dans l'intestin grêle, où il avait passé par une " fistule cystico-duodénale. " Dans la vésicule encore un gros calcul — et cependant aucun passé biliaire." Merklen. Communication à la Soc. clinique de Paris.

Aubry relate plus tard un cas identique dans le Lyon Médical. MacClagan, Broadbent font également part de semblables observations à leurs collègues de la Soc. clinique de Londres.

En Allemagne de nombreuses observations identiques ont été rapportées et j'en relève des quantités dans le Centralblatt f. Chirurg.

Lobstein en collectionne 92 cas, d'où il ressort que, chez "17 malades seulement," les symptômes de cholélithiasé avaient précédé les manifestations de l'occlusion intestinale; — dans chaque cas, le calcul s'était fait jour dans l'intestin par une fistule cystico-duodénale.

Est-ce à dire que toujours les gros calculs de la vésicule vont s'ulcérer au passage dans l'intestin? La clinique, nous dit non.

Les uns ont demeuré longtemps et parfois toujours muets, — d'autres après des crises répétées passeront dans le duodénum, — une troisième catég. "3 déterminera une cholécystite aiguë qui nécessitera l'intervention chirurgicale, — ou si les conseils du médecin ne sont pas suivis en temps et lieu, il adviendra ce que Morderet observa chez une jeune femme. La jeune cliente est prise d'une crise péritonéale subite, avec fièvre, et siégeant plutôt au côté droit. Deux mois après elle constate une masse, mobile, *non douloureuse* qui augmente progressivement en se développant vers la fosse iliaque.

Dès l'incision cutanée, Morderet constate que les tissus profonds sont infiltrés de pus, et il arrive à sentir au centre de la tumeur une résistance dure. Ce sont 2 calculs biliaires qu'il extrait. La masse se continue par un conduit jusqu'à la vésicule biliaire. Il fait une cholécystomie et la douche donne ultérieurement une issue à plusieurs calculs avant de s'oblitérer.

(Communication à la Soc. Chir., 1904.)

Ce n'est pas une rareté pathologique que l'apparition des calculs biliaires à la peau, Murhison en rapporte 89 observations, contre 36 fistules duodénales, 9 coliques, voire même 12 gastriques. Ce sont ces dernières qui expliquent le rejet des calculs biliaires par vomissements, au cours de la crise hépatique.

Vous avez mémoire probablement d'avoir lu que Ignace de Loyola mourut de lithiase biliaire. Les calculs s'étaient ulcérés un chemin, du cholédoque dans la veine porte.

Enfin, et terminons avec ceci, la lithiase biliaire a parfois une terminaison beaucoup plus théâtrale et qui n'en est que plus funeste: c'est la péritonite.

Écoutons Troussseau. Un hépatique en traitement depuis quelque temps est repris d'une de ses crises. Voilà qu'elle dure depuis 5 ou 6 jours, lorsque les symptômes d'une péritonite généralisée se montrent indubitables; en moins de 24 heures le malade meurt. Que révèle l'autopsie? — dans la cavité péritonéale un calcul grosseur de noisette et sur le cholédoque une fistule.

Lisez encore. C'est un jeune militaire, nous dit Rullier: il a un passé biliaire de 3 ans. Tout à coup il est pris d'une péritonite très rapidement généralisée, dont il meurt en moins de 3 jours. L'autopsie fait trouver au milieu d'une cavité péritonéale partout infectée une trentaine de calculs venus de la vésicule qui en est encore remplie.

N'avions-nous pas raison de dire que la lithiase biliaire avait une modalité d'évolution des plus variées! La clinique s'est chargé de nous exemplifier ses renseignements.

S'en tient-elle à nous aider au diagnostic? Non, elle va plus loin et veut être thérapeute aussi: c'est d'ailleurs son devoir.

Tantôt elle dirige son malade au médecin; — tantôt sans hésitation elle le livre au chirurgien. Une première attaque, ou des crises répétées légères sont du ressort médical. La glace au côté, la morphine, — la potion de Hoffmann, — l'huile d'olive: voilà les

armes du médecin. Entre les crises un régime diététique approprié, — le phosphate de soude et la Boldine — le salicylate de soude, le benza-naphtol et le calomel préviendront le retour des attaques.

Mais se répètent-elles, ou le malade, sans faire les grandes crises, est-il en permanence souffrant de son foie, dyspeptique de plus en plus, sujet aux poussées d'ictère; — alors il n'y a "qu'une" indication thérapeutique pour obtenir la guérison: l'intervention chirurgicale.

La chirurgie des voies biliaires est aussi et même plus précise dans ses indications que la chirurgie des voies urinaires. Le traitement médical soulagera plus d'un malade encore tant de ses calculs biliaires que de ses calculs rénaux. Mais persistent-ils à rester en place et faire souffrir le malade, ne leur donnons pas le temps de causer des désordres irrémédiables; — il n'y a plus qu'un traitement, il est chirurgical.

Aux calculs — comme au pus — le "chirurgien" doit donner issue. Ce n'est qu'à cette condition que les "médecins" guériront leurs malades de leur dyspepsie, de leur neurasthénie et leurs douleurs.

LE CITROPHÈNE

M. le Dr A. SAINT-ONGE de la faculté de Paris (*Progrès Médical*, 4 janvier):

Le Citrophène est un des rares médicaments dont l'acquisition thérapeutique peut être considérée comme vraiment utile. Son action n'est suivie d'aucun malaise ni d'aucun trouble gastrique, et en cela le Citrophène se montre bien supérieur aux salicylates et à la Phénacétine dont il remplit habituellement toutes les indications. Il nous a réussi en des cas de Phénacétine et les révérités locaux avaient échoué. Suivant le résultat que l'on veut obtenir on l'emploie à la dose de $\frac{1}{2}$ gramme à 3 grammes et même 6 grammes par jour sans inconvénients. Dans les cas d'influenza il est bien préférable à l'antipyrine car il n'a pas le même danger pour le rein.

Dans les cas de rhumatisme il est surtout utilisé avec avantage, il remplace très avantageusement le salicylate qui n'est pas sans inconvénients. C'est en outre un vrai spécifique contre la migraine.

ATTAQUES EPILEPTIFORMES SUIVIES D'HEMIPLEGIE CHEZ UNE HYSTERIQUE.

Par E. P. BENOIT

Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le 13 mars 1906 entrant à l'hôpital Notre-Dame (salle Sainte-Marie, lit numéro 65) une dame M., âgée de 42 ans, atteinte d'hémiplégie gauche. La malade fut hospitalisée au service de chirurgie, parce que l'hémiplégie avait été précédée de convulsions épileptiformes partielles siégeant du même côté; on soupçonnait une lésion corticale d'origine traumatique.

L'interne en chirurgie, le docteur Z. Lefebvre, rédigea l'observation suivante :

“ I. *Histoire de famille.* — Le père est mort d'apoplexie à l'âge de 60 ans. La mère est âgée de 68 ans et se porte bien. Elle a trois sœurs et trois frères, tous très bien portants. Son mari est âgé de 44 ans; c'est un cultivateur vigoureux. On ne peut signaler de traces d'épilepsie ou d'hystérie dans la famille (1). On ne trouve pas non plus de tuberculose.

“ II. *Histoire antérieure.* — La malade a eu la typhoïde à 12 ans, et la variole à 16 ans. Mariée à 24 ans, elle a eu trois enfants, dont l'un est mort à deux ans. Elle n'a jamais fait de fausses-couches.

“ III. *Histoire actuelle.* — Il y a dix-sept ans, la patiente se blessa à la tête en tombant en bas d'une voiture; elle déclare qu'elle perdit connaissance avant de tomber. Antérieurement, elle souffrait d'une céphalée continue, plutôt localisée au sommet de la tête. Après l'accident, elle continua cependant sa route; elle se rendait à un pèlerinage. La jambe gauche resta paralysée, en même temps qu'elle éprouva un phénomène curieux de la vue; elle voyait les objets en double.

“ Au retour, sa vue était revenue à l'état normal, mais elle avait des étourdissements; en plus sa démarche était mal assurée. Ces troubles durèrent cinq jours, disparaissant graduellement sans laisser de traces apparentes, lorsqu'il y a sept ans, éclata soudainement une crise épileptiforme qui dura une journée; cette attaque fut surtout caractérisée par une perte complète de connaissance et des trémulations de la main gauche.

(1) Une cousine cependant, d'après la malade, atteinte de paralysie offrant beaucoup de similitude avec la sienne, a été traitée sans résultat par les pointes de feu.

“La seconde attaque survint trois mois plus tard, beaucoup plus prononcée cette fois; l’aura, plutôt du “type brachial,” débuta à la main gauche, remonta le long du bras et parcourut toute la moitié gauche du corps. La patiente perdit connaissance, eut des convulsions, se mordit la langue, etc.

“Durant plusieurs années, elle eut ces crises tous les trois mois; puis elles diminuèrent graduellement de force et de fréquence pour disparaître presque complètement le printemps dernier, et être remplacées de temps à autre par de légères contractions des doigts de la main gauche.

“La malade a été atteinte d’hémiplégie gauche il y a quatre ans à la suite d’une violente crise épileptique. La jambe et le bras furent alors beaucoup plus contracturés qu’aujourd’hui. Cette paralysie persista pendant quelque temps sans modification; après un intervalle de huit mois, le bras perdit sa raideur et la malade put s’en servir encore quelque temps, lorsqu’à la suite d’une autre crise épileptique, le bras redevint cette fois paralysé pour tout de bon.

L’épilepsie n’a jamais intéressé que la moitié gauche du corps, n’atteignant pas les muscles de la face, si ce n’est qu’une fois, pendant une crise, la malade a eu connaissance d’une déviation de la commissure labiale gauche.

“Les intestins et la vessie ont toujours fonctionné normalement. Depuis dix ans, les menstrues ont disparu graduellement. La malade souffre fréquemment de leucorrhée.

“IV *Examen de la malade.* — Les facultés intellectuelles sont intactes. Le crâne ne présente aucune tuméfaction.

“Le membre inférieur gauche mesure 34 pouces de circonférence, le membre inférieur droit 35 pouces, le membre supérieur gauche 24½ pouces, le membre supérieur droit 25 pouces.

“Les mouvements de la moitié gauche du corps sont partiellement abolis. Le bras est contracturé au niveau du coude, le membre inférieur au niveau du genou. La main et le pied sont absolument inertes.

“La sensibilité générale y est diminuée et retardée. La malade ne sent pas le froid, mais elle sent la chaleur. Les pupilles réagissent également à la lumière. Le réflexe pharyngien persiste, de même que le réflexe rotulien, mais celui-ci est beau-

“ coup plus prononcé à gauche qu'à droite. La sensibilité de la moitié gauche de la figure paraît altérée.”

Le chef du service de chirurgie, le docteur O. F. Mercier, après avoir pris connaissance de cette observation et examiné la malade, remarqua que les symptômes nerveux ne pouvaient pas tous être rattachés à une lésion corticale; l'hémiplégie lui paraissait offrir certains caractères particuliers; il demanda qu'on fit voir la malade au médecin de service.

Nous examinons la malade le 24 mars 1906, lui faisant subir un interrogatoire assez long sur son passé pathologique. Elle s'y prête de la meilleure grâce du monde, prenant beaucoup d'intérêt aux questions qu'on lui pose, faisant preuve d'une mémoire excellente et d'une intelligence très en éveil. Et nous pouvons tout d'abord établir d'une manière assez précise les faits suivants.

1° *Quant à l'accident de voiture.* La malade avait vingt-cinq ans; elle était dans la première année de son mariage, enceinte de six mois; c'est la peur qui lui fit perdre connaissance avant qu'elle ne tombât de voiture; il est très probable que la difficulté de marcher consécutive provenait d'une entorse au cou de pied gauche causée par la chute; la blessure à la tête semble n'avoir été que peu de chose. A la suite de cet accident, on lui fit souvent remarquer, dans sa famille, que la jambe gauche n'était pas comme la droite. Elle-même ne constata point d'abord de différence; mais à la longue, elle finit par croire qu'en effet il y avait quelque chose. Néanmoins elle demeura dix années sans offrir d'accidents pathologiques.

2° *Quant au mode de début des convulsions.* Ici se présente un fait singulier que la malade ne voulut pas ou n'osa pas révéler à l'interne. Pour distraire ses enfants, et plus tard pour leur faire peur quand ils n'étaient pas sages, elle s'amusait à se jeter par terre et à simuler devant eux des convulsions. Il arriva qu'un bon matin la comédie tourna au drame. Son mari la trouva par terre, dans une crise; il lui reprocha d'abord de recommencer des simagrées qui lui déplaisaient; mais il s'aperçut vite que cette fois la crise était réelle. La névrose était installée. La malade se rappelle très bien cette première attaque, ainsi que celles qui suivirent, sa mémoire n'en ayant jamais été affectée.

Ces renseignements fournis par l'interrogatoire étaient importants, surtout lorsqu'on les rangeait à côté de certains symp-

tômes constatés par l'interne, tels que la rémission dans l'hémiplégie, l'intégrité des facultés intellectuelles, les troubles spéciaux d'anesthésie; ils laissaient entrevoir l'invasion lente, mais sûre, d'une névrose qui ne pouvait guère être autre chose que l'hystérie. L'examen de la malade vint confirmer les prévisions en révélant l'absence de troubles cérébraux, l'intégrité anatomique des muscles paralysés et surtout l'existence d'un stigmatisme hystérique bien évident: l'anesthésie symétrique des extrémités.

Nous crûmes le cas assez intéressant pour faire au chirurgien un rapport écrit que nous transcrivons:

“L'épilepsie bravais-jacksonnienne a pour cause une irritation de l'écorce cérébrale, et cette irritation doit porter sur les centres moteurs de la région rolandique; elle est toujours causée par une lésion, soit de la substance grise elle-même, soit des méninges ou du crâne. Une fois la lésion établie et les crises installées, la maladie ne rétrocede plus; les crises se succèdent à intervalles plus ou moins réguliers, se rapprochent si la lésion s'étend et ne disparaissent qu'avec elle. A moins que la lésion ne finisse par détruire le centre moteur qu'elle irritait, ce qui fait succéder aux crises épileptiformes la paralysie et les contractures.

“L'observation actuelle nous offre bien des crises d'épilepsie partielle, suivies après trois ans d'hémiplégie et de contracture, mais il nous paraît difficile de rattacher ces accidents pathologiques à une lésion encéphalique, et cela pour deux raisons: l'intégrité des fonctions cérébrales, le caractère particulier de l'hémiplégie.

“Il est difficile d'admettre, en effet, qu'une lésion cérébrale, soit des méninges, soit du cerveau lui-même, puisse déterminer pendant des années des crises épileptiformes, puis créer une hémiplégie très marquée, et cependant respecter d'une manière aussi complète les fonctions intellectuelles. La malade a une intelligence très éveillée; elle s'intéresse beaucoup à son cas, et l'on ne peut retracer chez elle aucune torpeur cérébrale. Sa mémoire est des plus précises, elle nous raconte d'une manière minutieuse les moindres détails de son histoire pathologique. détails qui peuvent au premier abord paraître puérils, mais qui néanmoins ont leur signification. Ce fait seul de l'intégrité des fonctions cérébrales nous permet d'écarter l'hémorragie, le ramollissement, les ménin-

gites, la syphilis, la tuberculose et même les tumeurs cérébrales. L'examen du fond de l'œil n'a d'ailleurs pas révélé d'œdème de la papille. Restent les traumatismes du crâne et la compression osseuse; ni l'une ni les autres n'auraient pu provoquer des crises épileptiformes suivies l'hémiplégie sans déterminer une lésion anatomique. En effet, si l'épilepsie bravais-jacksonienne relève d'une irritation des centres nerveux, l'hémiplégie qui y fait suite ne peut dépendre que d'une altération ou d'une destruction de ces mêmes centres. Or, l'hémiplégie que présente cette malade n'a pas les caractères d'une hémiplégie organique.

“ Nous ne pouvons pas comprendre qu'une hémiplégie d'origine cérébrale puisse respecter la face d'une manière aussi parfaite et, après quatre ans d'existence, ne donner aucun trouble trophique ou vaso-moteur. Nous comprenons encore bien moins qu'une paralysie organique offre des rémissions. Enfin, il est à noter que les membres paralysés ne sont pas atteints d'atrophie musculaire ou de déformation, et ne présentent qu'une légère diminution de volume due à leur inactivité. Les réflexes tendineux ne sont même pas abolis. Lorsque la malade marche, car elle peut marcher, quoiqu'avec beaucoup de difficulté, le pied du côté affecté traîne sur le sol, balaie le sol, mais ne fauche pas. Enfin, et c'est là un fait d'une importance capitale, nous avons constaté chez la malade de l'anesthésie à localisation géométrique, existant au côté sain comme au côté paralysé, et occupant l'extrémité des membres, c'est-à-dire le pied et la main. A ces régions, on peut percer la peau avec une épingle sans réveiller de douleur, sans même faire sourdre une goutte de sang. C'est là un stigmate hystérique de premier ordre.

“ Il y aurait lieu, je crois, de compléter l'observation de cette malade à ce point de vue, de rechercher si, d'une part, les muscles du côté malade offrent ou non aux courants électriques la réaction de dégénérescence, et si, d'autre part, le champ visuel n'est pas rétréci. Quant à l'existence de convulsions partielles dans l'hystérie, Charcot et Ballet l'ont démontrée, Dutil, dans son article du “*Traité de Pathologie Interne*,” en fait mention, et Brissaud, parlant de l'épilepsie bravais-jacksonienne, dit qu'avant d'en chercher la cause, il faut toujours éliminer au préalable l'épilepsie essentielle et l'hystérie. En présence d'une hémiplégie datant de quatre ans, l'épilepsie essentielle est facile à éliminer.

“ Nous concluons donc à l’hystérie.”

Ce diagnostic fut confirmé peu après par le docteur Ohagnon, qui vit la malade à la demande du docteur Mercier. Ce dernier transféra alors la malade au service de médecine.

Le 28 mars, nous commençons un traitement qui doit durer huit jours, et qui est basé entièrement sur la suggestion thérapeutique. La malade nous promet le concours de sa volonté, bien qu’un peu désappointée de ne pas avoir à subir d’opération. Il s’agit d’un traitement merveilleux, au sujet duquel nous faisons à la religieuse hospitalière et à l’interne, en présence de la malade elle-même, des recommandations très détaillées. Et nous prescrivons immédiatement des gouttes d’*aqua colorata* additionnée de *tinctura gentianis*, une goutte et pas plus toutes les heures; comme traitement adjuvant, des pilules des *mica panis* enveloppées, détail très important, de papier d’argent, une le matin à huit heures précises, l’autre le soir à six heures.

Les premiers jours, la suggestion agit bien. La malade sent les membres paralysés moins engourdis; elle commence à se servir de sa jambe avec plus de facilité, elle finit même par marcher sans appui et va réclamer à la religieuse la goutte d’eau colorée dont celle-ci retarde à dessein l’administration. C’était un beau début. Mais la main demeure inerte, bien que la malade puisse imprimer à son bras des mouvements plus étendus. Et le sixième jour surgit dans le cerveau de notre hystérique une idée qui va dès ce moment arrêter les effets de notre suggestion thérapeutique. La malade nous en fait part à la visite du matin: elle est très contente, sa jambe est beaucoup mieux, elle peut marcher sans misère, mais cela ne lui fait rien de ne pas guérir de sa main, elle aime autant, car elle a chez elle des personnes qui peuvent faire son ouvrage. L’amélioration, qui marchait bien, vient buter à cette idée fixe, et c’est fini. La limite assignée au traitement étant dépassée, nous essayons la persuasion, les encouragements, les chocs électriques; rien n’y fait. Sachant que la partie est perdue, pour le moment du moins, nous donnons congé à la malade; elle retourne chez elle améliorée, mais non guérie.

Ce rôle primordial de l’idée dans l’évolution de l’hystérie est bien caractéristique. Quelques-uns veulent y voir la preuve d’une maladie volontaire ou simulée. C’est une grande erreur. L’hys-

térie est une névrose psychique, comme l'épilepsie essentielle est une névrose motrice; l'une et l'autre sont indépendantes de la volonté du sujet. L'on améliore l'épilepsie en calmant la motilité par la bromure, mais nous ne connaissons encore, pour corriger la mentalité des hystériques, que la suggestion, et c'est ce que nous avons tenté d'appliquer chez notre malade. Il est peu probable qu'on fasse jamais entrer le traitement de l'hystérie dans le domaine de la matière médicale proprement dite.

AVIS AUX MEDECINS DE MONTREAL.

Le trésorier du congrès de T. R., M. le Dr St-Pierre a autorisé M. T. Valiquette, à recevoir de tout médecin de Montréal qui désire s'inscrire comme membre actif, la somme de *cinq dollars* (5.00), montant de la cotisation. M. Valiquette passera à domicile aussitôt que possible.

Nous engageons les médecins à s'inscrire immédiatement. C'est affaire de solidarité.

AVIS AUX MEDECINS DE LA VILLE ET DE LA CAMPAGNE.

Le Docteur A. Bernier, professeur de bactériologie à l'Université Laval et pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame, désire informer les médecins qu'il se chargera, à l'avenir, des travaux de chimie et de microscopie cliniques qu'ils voudront bien lui confier: analyses d'urines, du suc gastrique, du sang, analyses bactériologiques, cytodiagnostics, etc.

Pour conditions et renseignements s'adresser au Dr A. Bernier, 64, Avenue Laval, Montréal.

CLINIQUE OBSTETRICALE.

RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. CONTRACTION DE L'ANNEAU DE BANLD-ALBUMINURIE.

Par E. A. RENÉ DE COTRET,

Professeur adjoint d'Obstétrique, accoucheur de la Maternité.

Messieurs,

Dans les deux derniers accouchements que nous avons eus, devons-nous voir un effet du hasard qui vous favorise plus que vos confrères qui viennent de terminer leur stage de maternité, non seulement vos confrères de quatrième mais encore ceux des quelques années passées? En effet, il y a déjà plusieurs années que nous n'avons pas eu d'accouchements aussi difficiles, aussi compliqués, offrant autant d'intérêt et nous faisant repasser en une heure autant de chapitres de l'obstétrique que les deux derniers accouchements.

Devons-nous plutôt y voir l'histoire des séries en médecine. Messieurs, vous le remarquez souvent, quand vous serez aux prises avec les misères de la pratique, on rencontre des séries de cas semblables. Ces cas, extraordinaires parfois, qu'on voit par 2, 3 ou 4 à la fois, disparaissent de notre clientèle pendant quelque temps, même quelques années, puis reviennent périodiquement par séries.

Il y a dans la pratique du médecin comme des coups de vent, des tempêtes qui nous font jouir davantage de la vie et que, si ce n'était au détriment de nos patients, nous aimerions rencontrer plus souvent pour avoir le plaisir de les braver et le droit de nous reposer plus oisivement après. Le nautonnier est heureux quand il a vaincu les flots agités. La vie du médecin hardi, travailleur, serait monotone s'il n'y avait de temps à autre de ces beaux cas pour y mettre de la variété, du plaisir, du contentement et même de la fatigue.

Dans cette clinique, je ne ferai que relater, étape par étape, l'histoire de ces deux cas intéressants. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui fut en travail du lundi matin au vendredi après-midi. Le travail fut lent, ennuyeux, ce que les Anglais appellent *A tedious labor*. Jusqu'au vendredi midi, rien à faire qu'à attendre: la mère n'était ni épuisée, ni en danger; l'enfant ne souffrait pas; l'effacement du col s'effectuait lentement.

Le jeudi soir, les membranes se sont rompues, le col n'étant ni dilaté, ni complètement effacé. C'était une rupture hative ou précoce des membranes.

Le vendredi matin, le col effacé avait une dilatation d'une pièce de vingt cinq cents. A onze heures, la dilatation était grande comme une piastre américaine. Le col mou était facilement dilatable. Il ne se *dilatait plus* parce qu'il n'y avait pas de causes pour le dilater davantage et parce qu'il *n'avait plus besoin*, pour le moment, de se dilater.

Il n'y avait pas de causes pour dilater davantage le col: la poche des eaux était rompue depuis la veille et la tête ne s'engageait pas. Vous le savez, ce qui produit l'effacement et la dilatation du col, c'est d'abord la contraction de l'utérus; puit vient la pression exercée sur les bords de l'orifice par la poche des eaux et par la partie fœtale qui se présente. De plus la pression exercée par la partie fœtale ou par la poche des eaux sur les bords de l'orifice est le point de départ d'un réflexe qui produit la contraction utérine. Aussi première cause: contractions utérines; deuxième cause: pression sur les bords de l'orifice; pression qui encourage, pour ainsi dire, la contraction à se répéter, à revenir; devant de lui.

pression qui produit la dilatation comme le coin qui ouvre au-

Vous le voyez, dans notre cas, il n'y avait plus de causes pour dilater l'orifice utérin: 1° parce que les douleurs diminuaient de fréquence et d'énergie; et, les douleurs étaient moins fréquentes et moins fortes parce que la malade était plus ou moins épuisée par un travail qui durait déjà depuis longtemps; 2° parce que la poche des eaux était rompue et que la présentation, ne s'engageant pas, n'était pas là pour suppléer à cette poche des eaux; 3° la tête ne s'engageait pas parce qu'il y avait un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur de détroit supérieur. Le volume de la tête n'était cependant pas trop considérable pour s'engager ou passer au travers du détroit supérieur s'il y eut eu de bonnes douleurs qui auraient produit le chevauchement des os. 4° La tête ne s'engageait pas, surtout, parce qu'il y avait *rétraction de l'anneau de Banld.*

Le col n'avait pas besoin de se dilater davantage, dans les circonstances, parce que l'engagement et la descente de la partie

fatale ne s'exécutaient pas. Même, dans ces cas, on voit souvent le col, qui s'est préalablement dilaté, avoir une tendance à se refermer.

Cependant nous attendons encore, après avoir prescrit quelque calmant; peut-être qu'après un peu de repos, les contractions reviendront plus fortes et meilleures.

A 2 heures, l'après-midi, le travail n'était pas plus avancé; l'enfant commençait à souffrir, les battements de son cœur étaient ralentis; la mère se sentait fatiguée; elle avait des fuliginosités aux lèvres. Il fallait intervenir.

Qu'avions-nous à faire? Avions-nous le choix entre une césarienne, une symphyséotomie, une application de forceps sur une tête pas même amorcée, ou une version quand la poche des eaux était rompue depuis 15 ou 18 heures?

Le diamètre P. S. B. nous donnait 11 centimètres. Eh bien, un diamètre P. S. B. 11 cent. équivaut à peu près à $9\frac{1}{2}$ cent. de conjugué vrai. Les autres diamètres étaient normaux. Avec $9\frac{1}{2}$ cent. devons-nous penser à une césarienne ou à une symphyséotomie; l'enfant était d'un volume moyen? Non, la césarienne et la symphyséotomie n'avaient pas d'indications ici, parce qu'avec un conjugué vrai de $9\frac{1}{2}$ c., on peut espérer la terminaison de l'accouchement ou par les seuls efforts de la nature, quand les contractions sont énergiques: — elles produisent le chevauchement voulu; — ou par une application de forceps ou une version quand les contractions faiblissent et manquent.

Remarquez que notre patiente est une primipare et c'est surtout à cause de sa primiparité que nous avons adopté la ligne de conduite que vous avez vu suivre. Eut-elle été une grande multipare dont les accouchements antérieurs auraient toujours été laborieux, dont les enfants seraient venus morts ou n'auraient pas survécus au traumatisme causé par l'accouchement, nous aurions pu dévier de cette ligne de conduite. Je suppose une multipare dans les conditions ci-dessus indiquées, dans ce cas il est préférable d'interrompre le cours de la grossesse vers huit mois et demi, si la femme nous a consulté pendant la grossesse. Mais si l'on voit la femme au moment du travail, on se tient dans l'expectation. Quand le col est dilaté ou dilatable si l'accouchement ne se termine pas, d'après Budin, quand l'enfant est vivant, l'ac-

coucheur dispose de deux principaux modes d'intervention pour terminer artificiellement l'accouchement : l'application du forceps et la version.

Les indications du forceps répondent principalement : 1° Aux cas où la tête est fixée au détroit supérieur, ou y est engagé ;

2° Aux cas où le bassin offre le type généralement rétréci.

Les indications de la version répondent principalement :

1° Aux cas où la tête demeure élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur, l'utérus n'étant pas tétanisé.

2° Aux présentations de l'épaule ou à celles de la face non engagées.

D'un autre côté Pinard et Varnier abandonnent complètement l'accouchement prématuré et le forceps dans les rétrécissements moyens du bassin, c'est-à-dire dans les bassins suffisamment grands pour permettre après symphyséotomie l'extraction d'un fœtus vivant. Ils font d'emblée la symphyséotomie.

Ici, à la maternité, dans les conditions désavantageuses où nous sommes de sauver les enfants — il en meurt de 80 à 90 % à la crèche. — je ne ferais courir aucun risque à la mère pour avoir un enfant qui est presque inévitablement destiné à mourir dans sa première année, même durant ses premiers mois. Voilà pourquoi, ici je préfère la version ou le forceps. Une autre contre-indication à la symphyséotomie, c'est que la mère était en travail depuis déjà longtemps, que les membranes étaient rompus depuis longtemps, que l'enfant était en état de souffrance, et surtout que la mensuration de la tête ne nous avait pas indiqué une trop grande disproportion entre les diamètres de cette tête et ceux du bassin de la mère. (Bi. pariétal 9½ c.)

Quels sont les avantages et les inconvénients du forceps et de la version ?

La version offre les avantages suivants. Quand on a fait la version, la tête conserve sa mobilité en tous sens parce qu'elle est libre de toute entrave instrumentale. Elle subit une réduction plastique strictement localisée aux diamètres qui sont directement comprimés entre les points saillants de la zone rétrécie du bassin. Le tronc offre un appui solide à la main de l'accoucheur. Celui-ci, en introduisant deux doigts dans la bouche du fœtus, peut donner à la tête l'inclinaison qu'il veut. De plus la main est

au instrument conscient. Après la version, par la manœuvre de Champetier de Ribes ou celle de Mauriceau, on peut engager dans le diamètre minimum du détroit supérieur un diamètre céphalique plus petit que le bi-pariétal.

Les inconvénients de la version sont marqués pour l'enfant. L'enfant succombe rapidement à l'asphyxie, lorsque la tête est retenue dernière, parce que le retrait de l'utérus ferme les vaisseaux sanguins irrigant le placenta et parce qu'il y a compression du cordon. Il faut être vif dans les manœuvres. D'un autre côté, cette promptitude dans l'opération peut produire une compression de la tête qui peut être plus préjudiciable que la compression lente et progressive produite par le forceps.

La version offre plus de difficultés et d'accidents que l'application du forceps. "L'accoucheur, le plus sûr de lui-même, dit Budin, n'entreprend jamais cette opération, la version, même lorsque les conditions semblent être les meilleures, sans avoir de l'appréhension pour la vie du fœtus."

Le forceps a lui aussi ses avantages et ses inconvénients. Le choix du moment propice pour l'application du forceps n'est pas limité comme pour celui de la version. On y va plus lentement avec le forceps et on ménage plus l'enfant aussi, surtout avec l'instrument de Tarnier. On peut répéter l'application si une première fois on a échoué, ou bien laisser cette opération pour la version qui est souvent alors encore possible.

L'inconvénient du forceps, dans les bassins viciés, c'est qu'il est difficile de saisir régulièrement la tête, parce que la tête n'est pas engagée, et elle fuit ou échappe parce qu'il y a asynclitisme.

Comme résultat clinique en ce qui regarde la mère, la version ou le forceps sont, à titre égal, sûrement inoffensifs: mais le pronostic n'est pas le même pour l'enfant. Mais cependant...

Dans notre cas, l'application du forceps, prise directe par rapport au fœtus, a été facile; quand il s'est agi de faire l'extraction, ça été impossible. La tête, que j'avais bien fléchie en appliquant le forceps, présentait un trop grand diamètre (le bi-pariétal) au diamètre rétréci du détroit supérieur (antéro-postérieur) et, ne progressait pas; même, plus, sous les tractions fortes je sentais la tête se défléchir, et les cuillers du forceps avoir de la tendance à glisser en avant de la face. Il y avait une contraction de l'anneau de *Banld*.

Il l'a donc fallu abandonner le forceps et recourir à la version. Cette ligne de conduite, à laquelle j'avais tout d'abord pensé, avant même l'essai d'application du forceps, je ne l'avais pas suivie en premier lieu parce qu'il faut, comme je l'ai dit plus haut, certaines conditions pour tenter la version interne ou podalique: entre autres celle-ci: *L'utérus ne doit pas être trop rétracté*. Après l'écoulement du liquide amniotique, l'utérus se rétracte, et cette rétraction est d'autant plus marquée que la poche des eaux est rompue depuis plus longtemps.

Rappelez-vous que, dans notre cas, la poche des eaux était rompue depuis au moins 15 heures; que la tête n'était pas engagée et que par conséquent tout le liquide amniotique était écoulé.

L'extraction avec le forceps n'a pas réussi parce qu'il y avait contraction de l'anneau de Bandl. Lorsque je tirais sur le forceps, la tête, dans le segment inférieur de l'utérus, oscillait comme un battant de cloche, tandis que le reste du corps était retenu dans la cavité utérine au-dessus de l'anneau. Une prise directe par rapport à la mère aurait peut-être saisi plus solidement la tête, mais aurait agrandi davantage de diamètre bi-pariétal déjà trop grand. Même sans cet inconvénient, des tractions continues auraient-elle vaincu cette résistance de l'anneau? Peut-être; mais peut-être qu'aussi j'aurais pu produire une rupture utérine. Cet accouchement rappelle, à la lettre, la description que donne Demelin des difficultés qu'entraîne la rétraction de l'anneau de Bandl. Ecoutez et comparez:

“ Une femme en travail, habituellement une multipare, a des contractions utérines qui n'ont pas la *régularité habituelle*. Le col s'est effacé, puis dilaté; il est souple, sans résistance, et pour tant la *présentation*, mauvaise ou bonne, ne le traverse pas. Cependant le bassin est normal (il peut y avoir complications de *rétrécissement pelvien*, ce qui accroît singulièrement les difficultés du diagnostic, car c'est alors à l'angustie osseuse qu'on rapporte les phénomènes insolites). Les membranes se sont rompues *prématurément*, ou bien au contraire forment une poche des eaux volumineuse qui descend jusqu'à la vulve, comme dans les cas de *présentation maintenue élevée*. Il y a ou non des *procidences* à côté de la partie fœtale principale. Le *travail traîne*, les *contractions utérines* qui ont amené la dilatation complète sont *incapables* d'expulser le fœtus.

“L’anneau de Bandl se rétracte de plus en plus, très loin au-dessus de l’orifice externe qui reste souple, la femme se *fatigue*, l’enfant *souffre* ou succombe, et quand on intervient, on *rencontre des difficultés imprévues*.”

N’est-ce pas là l’histoire de notre malade. J’ai souligné avec intention les points les plus saillants que nous avons surtout remarqués dans notre cas.

Ecoutez encore Demelin et voyez si les difficultés que nous avons eu à surmonter, d’autres ne les rencontrent pas comme nous. “Si l’enfant est vivant, dit Demelin, il n’y a pas de version possible; le forceps est seul applicable, mais avec quelles peines et quelles déconvenues! Il suffit de lire les observations VII et VIII de la thèse de Markowich pour s’en rendre compte. Dans l’un de ces cas le forceps fut appliqué par moi-même, dans l’autre par M. Budin: et l’habileté bien connue de ce maître m’autorise à croire que si mon intervention comme la sienne a été laborieuse, c’est que les difficultés étaient vraiment grandes. En effet, le forceps, si bien placé soit-il, glisse et dérâpe avec la plus grande facilité. La tête se déplace entre les cuillers qui cessent alors de tenir solidement. J’ai fait des expériences sur le fœtus mort et voici ce que j’ai vu. Le fœtus sclidement maintenu par un aide dont les mains sont serrées sur les épaules, à la tête libre et mobile, comme elle l’est dans le segment inférieur lorsque l’anneau de Bandl est rétracté sur le cou, au-dessous des épaules. Le forceps est appliqué aussi parfaitement, aussi idéalement que possible, et ses vis serrées au maximum; puis on tire sur le tracteur ou sur les manches. On voit alors la tête se défléchir, se déplacer par le fait de cette déflexion entre les deux cuillers, si bien que celles-ci glissent et lâchent bientôt prise. J’ai essayé la prise oblique sans plus de succès.”

Demelin conseille la prise occipito-frontale. J’en avais assez du forceps et j’avais d’autant plus envie de tenter la version que, dans plusieurs cas semblables, la version m’avait réussi parfaitement après échec avec le forceps

Cependant la version n’avait pas beaucoup de chances de succès, parce qu’en plus de la rétraction de l’anneau de Bandl, il y avait absence complète de liquide amniotique.

Vous m’avez vu mettre une main sur le fond de l’utérus, et glisser bien tranquillement mon autre main dans le vagin et dans

le segment inférieur de l'utérus. En allant plus loin, il fallait être très-prudent et sobre dans les manœuvres, parce que je risquais de produire une rupture de l'utérus. Ma main, très-patiente, s'insinua petit à petit et pour ainsi dire sournoisement entre l'anneau contracté et le fœtus, et, comme vous l'avez vu, ce ne fut pas sans longueur de temps. Mais, enfin, quand toute ma main fatiguée fut introduite dans l'utérus, j'eus le plaisir de constater que l'anneau, aussi épuisé que ma main, céda. L'utérus était devenu inerte, mou; et, bien qu'il fut complètement vide de liquide, je réussis parfaitement à faire la version, quoique avec beaucoup de lenteur et d'attention.

Vous avez remarqué que je n'ai amené à la vulve qu'un seul pied, pour plusieurs raisons que je vous donnerai quand j'aurai occasion de vous décrire la version interne. C'était le mauvais pied que j'abaissais, c'est-à-dire le pied postérieurement placé par rapport au bassin. Je fis une rotation pour en faire le bon pied. Les bras étaient remontés par dessus la tête. Je les abaissai à tour de rôle. Je vous en expliquerai plus tard le mécanisme.

Il ne s'agissait plus que d'extraire la tête du fœtus, ce qui offre toujours plus ou moins de difficultés. Pour ce faire, il y a deux manœuvres qu'on peut exécuter: la manœuvre de Mauriceau ou celle de Champetier de Ribes. La description de ces manœuvres entrera dans la leçon sur la version interne.

Ces deux manœuvres n'ayant donné aucun résultat, il a fallu demander au forceps un nouvel aide.

C'était donc une application de forceps sur la tête dernière. L'accouchement se terminait.

Plusieurs d'entre vous ont assisté à ce travail long, difficile, compliqué. Vous avez vu toutes les misères que nous avons eu à surmonter, toutes les manœuvres internes que nous avons été obligé de pratiquer, et vous venez de voir comme cette femme fait de bonnes couches tout à fait physiologiques: pas la moindre élévation de température. C'est l'enfant qui a souffert et qui en est mort, parce que l'extraction de la tête dernière a été trop longue et trop difficile. L'enfant est mort par asphyxie.

Ce cas intéressant pourrait faire le sujet de plusieurs cliniques. Arrêtons-là et passons à l'autre cas qui est encore plus digne d'at-

tention et d'intérêt. En effet, il s'agit d'une femme que nous avons sauvée d'une mort imminente par éclampsie, et sur laquelle il a fallu faire plusieurs opérations obstétricales.

Et d'abord si cette femme a cotoyé de si près la mort c'est parce qu'elle n'a pas été examinée pendant sa grossesse et que l'analyse des urines n'a jamais été faite. C'est bien malheureux! Quand donc pourrons nous assez instruire les femmes et leur faire comprendre qu'elles doivent toujours dans le cours de la grossesse voir leur médecin, se faire examiner, palper, faire analyser leurs urines.

Vous avez devant vous une pauvre victime de l'ignorance, et, j'ajouterais, de l'entêtement; car je suis certain qu'avec tous les avertissements possibles, en lui expliquant tous les dangers qu'elle courait, on aurait pu difficilement la décider à se faire examiner. Cependant, pour ma part, j'ai pris la résolution de ne jamais accoucher une femme que je n'aurai pas vue souvent pendant sa grossesse. Croyez m'en je m'évite ainsi une foule de déboires et de désagréments. Je tiens autant et même plus à ma réputation qu'à la vie de mes malades, si je tiens à ma réputation, je m'efforce par tous les moyens possibles de conserver et de sauver la vie de mes patientes.

Voyez ce qui arrive quand les précautions nécessaires ne sont pas prises au temps voulu: une femme est tombée bien près de sa fosse, et un enfant y a été enseveli. Vous devez instruire la femme enceinte et la conduire à bon port. Croyez-vous qu'il n'était pas aussi important, même beaucoup plus important de la bien rendre au delà du terme de la grossesse, que de la sauver au moment de l'accouchement. J'aurais tiré plus de gloire de lui jeter dans les bras, après un accouchement facile et normal, un bel enfant tout vivant qui l'aurait réjouie par ses cris, que de lui cacher, après un accouchement aussi laborieux et aussi rempli de dangers, l'horreur de ce que nous avons fait.

Croyez-vous que je n'ai pas plus de plaisir à pratiquer aujourd'hui à la Maternité qu'autrefois, alors que nous avions une vingtaine de cas d'éclampsie par année, autant et même plus d'infection puerpérale. Depuis au-delà de quatre ans nous n'avons plus un seul cas de mortalité par infection puerpérale; et cette infection est devenue tellement rare que je suis à me demander ce

que je devrais faire pour vous enseigner à donner une injection intra-utérine ou à faire un curetage. Et l'éclampsie quand en voyez-vous? Pourquoi cela? Parce que nous examinons nos malades. Il faut de toute nécessité examiner les gestantes. Tâchez de comprendre par ce que vous avez devant les yeux et gravez-vous le bien dans la tête.

Je vous ai dit que cette femme avait déjà un pied dans la tombe quand elle est arrivée à la Maternité, et pourquoi? parce que c'était une éclamptique, eh oui! mais une éclamptique sans convulsion, c'est-à-dire qu'elle faisait de l'éclampsisme. Je m'explique: l'éclampsie est constituée par un ensemble de symptômes qui sont d'abord prémonitoires, ou prodromiques, des symptômes imminents et enfin des symptômes de convulsion. Les symptômes prodromiques sont tous les symptômes de l'auto-intoxication gravidique et en particulier de l'albuminurie: œdème des membres inférieurs, bouffissure de la face; céphalagie frontale tenace, persistante, troubles de la vue. Dans les symptômes imminents, la femme éprouve une douleur vive, une sorte de constriction au niveau de l'estomac, s'accompagnant ou non de vomissements: c'est la douleur *épigastrique*. Il peut y avoir de la dyspnée, une irritabilité du système nerveux.

Vous avez vu tous ces symptômes chez notre malade: œdème considérable des membres inférieurs, œdème sus-pubien très prononcé; céphalalgie, vomissements; douleur épigastrique; et, chose digne de remarque, 14 grammes d'albumine au litre. En plus, et j'insiste particulièrement sur ce symptôme: *teinte sub-ictérique* de la face et des yeux. Défiez-vous de ce dernier symptôme, c'est le plus redoutable. Quand il y a des convulsions avec ce symptôme c'est presque inévitablement la mort pour la malade.

Que manquait-il donc à notre malade pour avoir de l'éclampsie? Un seul symptôme, qui n'est pas, il est vrai, le moindre: la convulsion. Cependant notre malade était réellement une éclamptique. Parce qu'il manque un seul symptôme dans une fièvre typhoïde, dans la scarlatine ou la rougeole, est-ce que c'en sera moins une typhoïde, une scarlatine ou une rougeole? Si le mot *éclampsie* vous choque, disons pour être plus dans la note que c'était de l'*éclampsisme*. Notre malade n'en était pas moins

exposée à mourir, et à mourir très rapidement. Que lui fallait-il donc pour mourir? Peut-être une seule convulsion. Et ce n'était plus une seule mort, mais deux morts: la mort de la femme et la mort de l'enfant.

Voyez-vous où nous en étions, et voyez-vous ce qu'il fallait faire: Agir promptement; pas une minute à perdre. En conscience, je ne pouvais pas attendre et essayer un traitement médical. Je devais forcément recourir au traitement obstétrical. Attendre, c'était courir sûrement à un échec regrettable et blâmable.

Voici ce que nous avons fait et devons faire d'après notre opinion et notre expérience. Le résultat, favorable pour la mère, est là pour prouver que nous avons eu raison. Nous avons cherché à sauver la mère et l'enfant; si nous n'avons pas réussi dans notre double but, c'est la faute de circonstances difficiles que nous avons prévues et que nous nous attendions à rencontrer. Nous avons fait notre devoir et nous sommes pleinement satisfait. Dans de pareilles circonstances nous agirons toujours de même.

La malade entre à la Maternité vers 9 heures du soir, le 15 mars. C'est une primipare, apparemment à terme. Elle est en travail depuis 5 heures de l'après-midi. Les eaux sont rompues depuis cette heure. Le col encore de l'épaisseur du petit doigt laisse pénétrer facilement un doigt. Nous avons une représentation du sommet en position gauche.....

L'esprit d'entreprise et le courage des commerçants de drogues de San Francisco se sont clairement manifestés au moment du dernier désastre. Avant même que le feu ne fut éteint, de fortes commandes furent placées chez les manufacturiers de produits chimiques. Une seule maison ordonna 30,000 lbs d'Antiphlogistine et on en expédia plus de 100,000 lbs à la côte du Pacifique en une seule semaine.

Au moment du tremblement de terre, un bateau, en destination d'un port de Californie, portait 35,000 lbs d'Antiphlogistine et par ordre du bureau principal, les hôpitaux furent gratuitement, généreusement approvisionnés pour répondre aux cas d'urgence.

CORRESPONDANCE

L'AVALEUR DE PIERRES DEVANT LES RAYONS X (1).

Mon cher directeur,

Tout en sirotant un café noir bien chaud, je songe aux amis qui sont là-bas à Montréal, à travailler ferme dans leur profession, "*struggling for life*," pendant qu'un heureux mortel, en dépit du froid, je fais mes délices de la radiologie au laboratoire de la Salpêtrière, et à l'hôpital St-Antoine.

Je me dis qu'on peut bien s'asseoir et rêver un peu, quand on a fait une journée comme la mienne et *vu ce que j'ai vu aujourd'hui*.

Le bruissement de la machine statique de Gaiffe; le claquement du spintermètre et le silement du tube de Crookes finissent par fatiguer et énerver à la longue; et on est bien content, en sortant, de prendre un peu de repos, tranquillement assis au chalet du jardin des plantes, et d'écrire un mot là-bas, au pays.

L'énumération pure et simple des cas qui ont été radiographiés au Laboratoire aujourd'hui vous donnera une idée du service:

- 1° Anévrysme énorme de l'artère radiale gauche avec luxation du cubitus et usure du radius.
- 2° Exostoses multiples des doigts de la main.
- 3° Aiguille dans le bras.
- 4° Aiguille dans la main.
- 5° Deux balles dans le coude, (pétard de la mi-carême).
- 6° Fracture du col de l'humérus, (dansense de Bullier.)
- 7° Balle dans la poitrine, (femme, agrin d'amour, tentative de suicide.)
- 8° Luxation congénitale double de la hanche.
- 9° Fracture de la hanche.

Voilà le bilan du jour. Placer tous ces malades dans la position convenable pour les radiographier, les immobiliser; surveiller le malade en même temps que le tube et les instruments de précision — développer les clichés, en faire des épreuves, prendre les observations, voilà beaucoup d'ouvrage, et ça prend plus de temps que ça en a l'air.

(1) Nous avons reçu de M. Dr Lasnier, qui arrive de Paris, cette lettre adressée de là-bas, que nous n'avons pas pu insérer dans le numéro de Mai. Nous la publions, tel, car elle offre un intérêt réel pour tous nos lecteurs.

Plusieurs hôpitaux envoient leurs cas pour être radiographiés ici, même des hôpitaux où il y a des installations radiologiques; car autre chose est d'avoir les instruments, et autre chose d'en faire le meilleur usage possible; d'en tirer tout ce qu'ils sont susceptibles de donner. C'est que Monsieur Enfroit est reconnu ici comme un artiste en son genre.

Il se fait une moyenne de trois mille radiographies par an.

Mon cher directeur, il est possible que l'atmosphère de Paris, me charge d'un peu d'enthousiasme pour ce que je suis venu étudier ici, mais en tenant compte de cet entraînement que je ne trouverai pas au Canada, de cet enthousiasme que je ne verrai pas partagé par tout le monde. Je crois tout de même que c'est une bonne chose à importer au pays, la radiologie comme on la pratique ici. Je crois que la profession saura apprécier, avec le temps, l'importance d'un laboratoire de ce genre à Montréal, puis j'espère que mon bagage scientifique aidé des instruments que j'apporte avec moi, vaudra quelque chose.

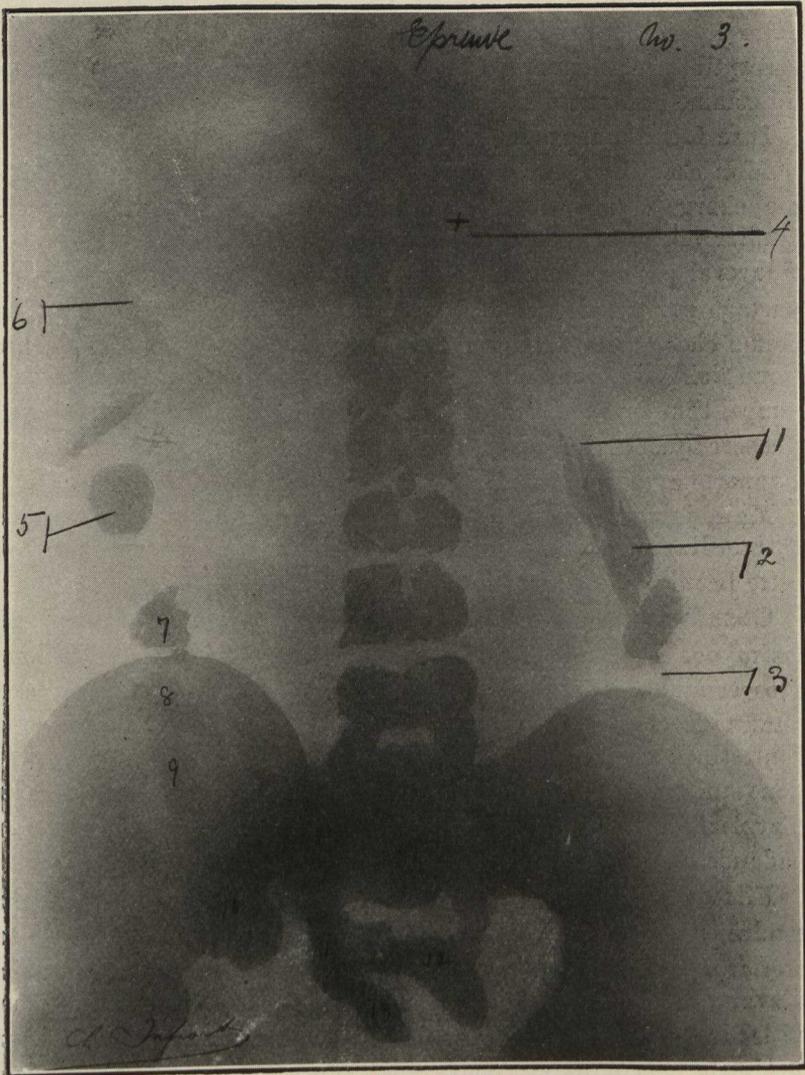
Mais, je vous vois venir. . . On veut savoir ce que j'ai vu de si extraordinaire, comme je le laisse deviner au commencement de cette lettre par ces mots soulignés, "*Vu ce que j'ai vu.*"

OBSERVATION: — Eh! bien voici: A travers l'abdomen, par les rayons X. il m'a été donné de voir une vingtaine de cailloux, gros comme des œufs de pigeons se ballader, se bousculer, avec autant de clous d'un pouce et quart de long dans l'estomac et l'intestin d'un acrobate qui, au talent de faire des "somersets" dans un cirque ambulante, de lever des haltères. joignait celui d'avaler des cailloux, des clous et des épingles pour épater les badauds.

Fils de cordonnier "pauvre et non voleur," qui, dès sa plus tendre enfance, lui avait, sans doute, appris qu'il n'y a pas de sot métier à condition que ça rapporte du pain, il lui était arrivé d'avaler des clous à talons, "per accidens" sans se voir l'estomac ni les intestins percés, sans autre trouble que celui de les renvoyer.

Un jour, la purée, les heures de dèche aidant notre homme que les clous. . . ni les bardeaux au plafond ne protégeaient contre les nécessités de la vie, ni l'intempérie des saisons se dit qu'il y avait peut-être là dans le blindage de son estomac et de ses intestins un moyen naturel de gagner sa vie. Et voilà comment il en fit une profession "avaleur de pierre et de clous" par profession.

Depuis huit ans ça marchait bien, en mangeant " beaucoup de légumes et en buvant beaucoup de lait."



Seulement... (et voilà ce qui prouve que les plus belles choses ont une fin, que tout passe ici-bas comme disait Bossuet, ou plutôt que ça ne passe plus du tout à certain moment) une pierre s'étant mise en tête de barrer le chemin aux autres dans le pylore, il arriva qu'une quinzaine de pierres se trouvèrent emprisonnées dans l'estomac.

Notre type fut pris de hoquets, de nausées, et de douleurs qui s'étendaient dans toute la poitrine. Jusque sous les bras, et ne lui laissant presque pas de répit.

“ Vous savez, dit-il, ça avait coutume de passer, mais là, je vois que ça va mal, avec ça, que j'envoie du sang, vous savez j'ai la frousse, faut trouver un moyen de les faire avancer, ou de me les enlever.”

C'est dans ces circonstances que nous avons fait de lui trois radiographies: une le matin, une le soir, et l'autre le lendemain avant l'opération.

Je regrette que l'épreuve que j'envoie ne soit pas encore aussi nette que le cliché que j'ai en ma possession. Cependant elle donnera une idée assez exacte des résultats auxquels on arrive, avec des instruments perfectionnés.

On est censé voir le malade de dos.

Le paquet de pierres arrivé dans l'estomac, no 4, très visible sur le cliché ne laisse voir qu'une tache noire.

Au numéro 1, à droite, on reconnaîtra facilement les clous, on en compte quatre, dans le colon ascendant. En dessous no 2, un cailloux très clair et très net; no 3, un cailloux et un clou; no 6 représente un paquet de clous, qui se voient très bien sur le cliché; no 5, un cailloux qui en suit plusieurs autres descendant dans le colon; et le rectum 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Le malade avait les intestins paralysés: depuis six jours rien n'était passé, et la fièvre s'alumait. Il fut opéré à l'hôpital Cochin, par M. Quenu.

Après ouverture du ventre, (le malade n'avait pas été radioscopé depuis la dernière radiographie.) On a constaté que les pierres étaient toutes sorties de l'estomac. . . Mais elles formaient paquets dans le colon transverse, et l'S. iliaque.

Les numéros 1, 2, 3 de la radiographie avaient remonté dans le colon transverse, où les clous, les pierres et les matières fécales (qu'on ne voit pas) faisaient un paquet gros comme une orange, semblable à du “ ciment armé.”

Un moment embarrassé de constater que l'estomac avait été évacué, le chirurgien, M. Quenu, n'hésita pas, après avoir vu les radiographies, à ouvrir l'intestin dans le colon transverse et l'S. iliaque et a en extraire ces masses; d'autant plus que le péritoine était déjà enflammé, que la fièvre montait.

“ J’aurais peut-être pu réussir avec des lavements d’huile, dit M. Quenu, mais il y avait de grandes chances qu’une péritonite grave emporte le malade. Ce ciment armé ne pouvait marcher facilement, et probablement aurait fait des dégâts.”

J’ai été prendre des nouvelles du malade le lendemain, il se portait bien pour le temps.

CONCLUSION : — On voit les services que les rayons X peuvent rendre à la chirurgie : dans ce cas, avant d’opérer le malade, si on avait fait l’examen radioscopique, on aurait vu que les pierres avaient évacué l’estomac.

Puis si on veut reporter les yeux sur la radiographie, nos 7, 8, 9 on voit avec quelle netteté on peut radiographier un calcul dans l’appendice. C’est à peu près le siège.

J’ai vu hier chez M. Bécèle, un calcul du rein à la radioscopie, aussi nettement que je vois ces pierres.

Cette observation est un exemple des services que la radiologie peut rendre à la chirurgie abdominale. C’est connu, ça, depuis quelque temps, par ceux qui suivent les progrès de cette nouvelle science.

Ce qui est moins connu dans le public médical, ce sont les services que les rayons X peuvent rendre à la médecine du thorax : services non moins grands que ceux qu’elle rend à la chirurgie pour les corps étrangers introduits, ou formés dans l’organisme, pour les fractures, luxations et tumeurs osseuses, etc. Je surprendrai un grand nombre de médecins quand je démontrerai, qu’en certains cas, les rayons X permettent de diagnostiquer la tuberculose du poumon avant l’apparition de tout autre signe ; de localiser, délimiter, mesurer le cœur mieux qu’avec tout autre procédé ; qu’on voit le liquide des pleurésies, des pyo-pneumo-thorax, comme l’eau à travers une carafe ; qu’il n’est pas de meilleur moyen pour diagnostiquer et délimiter un anévrysme et les tumeurs du médiastin.

Pour terminer cet exposé sommaire des services que les rayons X peuvent rendre, je veux rapporter un petit interview que j’ai fait subir à M. Belot, dans son cabinet de radiologie.

“ M. Belot, on sait, au Canada, par votre ouvrage. “ La radio-thérapie et ses applications aux affections cutanées ” que vous

“guérissez les cancers superficiels, le lupus, les teignes les trichophyties, certains sarcômes, etc. les rayons X ont-ils découvert d'autre maladie à guérir?”

Réponse: “Oui la *Leucémie*: une rate leucémique fond comme neige sous l'action bien comprise des rayons X,” et il continue en m'expliquant le manuel opératoire, les règles qu'on doit suivre dans le traitement de cette affection.

J'ai déjà pris trop de votre temps mon cher directeur. Je tire ici ma révérence. Je serai de retour durant la première semaine de mai, et j'aurai, dans mes bagages, les instruments que l'on voit ici, à Paris.

Avec mes salutations.

DR HENRI LASNIER.

Le Strophantus dans les maladies du cœur. (*Journal de médecine interne*, 1er et 15 décembre 1905.)

L'extrait titré de Strophantus a une indication très particulière dans le rétrécissement rhumatismal de l'orifice mitral. Chez les rétrécis mitraux non compensés il doit être donné indéfiniment, comme le pain quotidien du cœur, à la dose de 4 granules de Catillon par jour et ne doit être interrompu que s'il provoque de la diarrhée. (*Dr Besançon, directeur du Journal de médecine interne*, 1er Xbre 1905.)

Dans le numéro suivant le même journal publie une lettre de M. le Dr Bucquoy, membre de l'Académie de médecine, et auteur d'importants travaux sur la question, commentant le même sujet: “Vous avez eu raison d'écrire,” dit-il, “que l'extrait titré de Strophantus est un remède merveilleux dans le rétrécissement mitral. Laissez-moi ajouter que depuis 20 ans j'en obtiens d'excellents résultats dans les menaces d'asystolie; non pas que je dédaigne la digitale certainement plus active; mais elle ne peut être continuée, tandis que l'extrait de Strophantus reste parfaitement toléré en gardant son action; 2 ou 3 granules suffisent le plus souvent chez les vieux cardiaques. Je suis de votre avis sur les prétendues scléroses du cœur et sur l'abus des iodures donnés à tort et à travers lorsqu'on a constaté un bruit de souffle cardiaque quelconque.”

ACTUALITES

L'HOPITAL NOTRE-DAME DEVANT L'OPINION PUBLIQUE

Depuis un mois environ, l'Hôpital Notre-Dame a vécu une des phases les plus aiguës de son histoire.

Je n'indique pas le but poursuivi par les administrateurs et les médecins de cette Institution. Ces choses sont suffisamment connues du public.

Depuis plusieurs années, on cherchait le moyen de reconstruire ailleurs cet hôpital ancien qui ne répondait plus aux besoins de l'œuvre, lorsque M. Rodolphe Forget—dont la générosité et l'habileté financière sont bien connues—en assumait à peu près à lui seul la lourde responsabilité.

Bientôt, en effet, les travaux commencèrent. L'Hôpital St-Paul—destiné aux maladies contagieuses—voyait surgir de terre, à ses côtés, sur la rue Sherbrooke, une nouvelle bâtisse construite d'après des plans modernes au point de vue du confort et de l'hygiène. C'était le noyau du nouvel hôpital tant désiré de tous.

Tout semblait marcher à souhait lorsque, tout-à-coup, M. Forget remit sa démission entre les mains du bureau de direction. Ce fut une surprise générale. Car, jusque là, l'accord le plus parfait n'avait cessé de régner. Du même coup s'évanouissaient toutes les espérances que nous avions fondées sur l'avenir de cette Institution.

On me demandera peut-être les raisons qui avaient engagé M. Forget à agir ainsi. Je n'en connais pas qui vailent.

On a répété qu'il y avait divergence d'opinion entre administrateurs et surintendant général; mais il n'en est rien. Puis, qu'il y avait une lutte sourde pour la suprématie entre l'élément laïque et l'élément religieux et qu'on avait saisi l'occasion d'enlever l'obstacle, etc.

Je ne puis rien préciser.

Le temps, ce grand maître en toutes choses, nous dira, plus tard, les secrets de l'heure présente... Attendons!...

Bientôt, les événements se précipitèrent. La démission de M. Forget fut suivie, à bref délai, de celle de M. le Dr E.-P. Lachapelle, comme surintendant général et comme président du bureau médical.

Aussitôt, on exerça des pressions de part et d'autre. Si bien que M. Forget a promis de réintégrer ses fonctions de directeur.

La décision de M. le Dr Lachapelle, au contraire, demeure irrévocable.

En présence de cette attitude, M. le Dr de Lotbinière Harwood a été nommé, à l'unanimité, surintendant général et président du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame.

Nous regrettons sincèrement qu'un désaccord soit survenu au moment même où l'union était indispensable. Car, dans de telles circonstances, nous avons besoin du concours de toutes nos énergies lorsque, par un rare bonheur, nous avons réussi à les grouper en un tout compact dans un but à la fois philanthropique et national, comme celui-ci.

Le départ de M. Forget laissait l'hôpital dans une position difficile. Du moment qu'il nous retirait son grand prestige comme financier, et son inlassable générosité comme philanthrope, nous ne pouvions plus avancer. Les responsabilités nouvelles écrasaient notre budget, et l'œuvre courait à la ruine, car cette détermination semblait irrévocable dans les circonstances.

Notre vaisseau était donc désarmé: un grand danger le menaçant.

D'autre part, M. le Dr E.-P. Lachapelle, en donnant sa démission, faisait naître des regrets sincères. L'hôpital avait été l'œuvre de sa vie. Il l'avait fondé, avec d'autres citoyens éclairés, à une époque où une Institution de ce genre pouvait créer du malaise dans certains milieux, soucieux avant tout des traditions séculaires en ce pays.

A tout événement, l'arbre avait grandi. Peu à peu, en face des résultats acquis et de la sagesse de la direction, un courant de sympathie avait groupé autour de l'œuvre des citoyens éminents et des dames patronesses dévouées qui s'ingéniaient à faire le bien au nom de tous.

Après les épreuves de début, cette Institution avait désormais sa place marquée au sein de notre population canadienne qui contribuait, chaque année, une somme très ronde pour défrayer les dépenses de plus en plus considérables de son administration.

Au surplus, grâce à l'ambition légitime des uns et à la munificence des autres, M. le Dr Lachapelle voyait le jour où l'hôpital

s'installerait dans ses nouveaux quartiers, et sur un pied absolument moderne.

C'était le rêve de sa vie qu'il pouvait maintenant voir accompli et toucher du doigt. lorsque les événements récents changèrent la face des choses.

On sait le reste.

“ Moins utile que d'autres, aujourd'hui, dit-il, je me retire volontiers, laissant le champ libre à ceux qui peuvent mener à bonne fin l'œuvre qui a pris plus d'un tiers de mon temps depuis 27 ans, et à laquelle je demeure acquis par mes conseils et mon dévouement. Je pars, satisfait des relations très cordiales que j'ai toujours entretenues avec tous les directeurs *sans exception*.

“ Si je ne puis expliquer, à cette heure, les causes de ma retraite, du moins je puis croire et dire qu'aucun désaccord ne l'a provoquée. Je dois cet aveu au public médical qui s'intéresse à notre œuvre.”

Et cette œuvre dit, mieux que des paroles, l'éloge que mérite un semblable dévouement. Tous le savent, et chacun l'appréciera à son véritable mérite.

Son successeur, M. le Dr de Lotbinière Harwood, est notre ami et co-directeur. Inutile de dire, ici, le plaisir que nous avons à le féliciter de sa nomination comme *surintendant général et comme président du Bureau médical*.

Mais ce n'est pas là son seul titre à notre gratitude. Une position comme celle qu'il occupe maintenant est loin d'être une sinécure; c'est plutôt une charge très onéreuse, qui demande, à la fois, de l'énergie et du tact.

Nous savons que notre ami Harwood sera à la hauteur de la situation. Le choix unanime — tant de la part des administrateurs que de la part de ses collègues à l'hôpital — qui le désigne pour occuper ce poste de confiance prouve en quelle estime il est tenu chez les uns et chez les autres.

Cette démonstration suffit à sa louange.

Si M. Rodolphe Forget, comme il en a déjà manifesté l'intention, consent à reprendre définitivement son siège à la barre, le navire continuera sa route et arrivera à bon port. Nous en formons le vœu très sincère.

J. A. LESAGE.

LE CONGRES DES TROIS-RIVIERES.

26-28 JUIN

Le troisième congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord se réunira bientôt dans la ville des Trois-Rivières.

Si nous avons, en différentes circonstances, entretenu nos lecteurs des espérances qu'il faisait naître, nous nous croyons justifiables, à cette onzième heure, de répéter encore et toujours que c'est un devoir, pour tout médecin canadien-français, non seulement au point de vue scientifique, mais aussi au point de vue national, de contribuer effectivement au succès de cette grande association qui apparaît comme le couronnement des efforts incessants des différentes sociétés médicales qui en ont jeté les bases et qui en assurent la durée et — j'ose le dire — la permanence.

“ Ces congrès périodiques, a déjà écrit notre ancien et très distingué président général, M. Brochu, de Québec, qui rapprocheront dans une même communauté d'idées tous les médecins de notre origine serviront sans doute à détruire cet esprit d'individualisme dans lequel se confine trop souvent le médecin praticien et qui est aussi funeste à son avancement et au perfectionnement de son éducation que contraire au prestige et à l'influence de notre profession (1).”

— L'expérience a démontré, depuis, que ce but avait été atteint.

Depuis ce fameux congrès de Québec, en 1902, les médecins ont développé un esprit de solidarité vraiment remarquable qui s'est affirmé par la fondation de sociétés médicales au nombre de vingt aujourd'hui, de trois ou quatre qu'elles étaient alors.

Ces sociétés ont élaboré, d'abord, un code de déontologie qui, sans porter atteinte à une concurrence loyale, met un frein à l'ambition démesurée de certains mauvais génies qui sacrifient volontiers à leurs intérêts particuliers contre toute dignité professionnelle.

D'autre part, ces associations rurales ont mis à l'étude la question du *charlatanisme* qui est une plaie universelle, il est vrai, mais qui ronge singulièrement le meilleur de nos clairs au Canada. Après quelques hésitations, j'ajoute même des échecs

(1) Brochu, Discours d'ouverture — Congrès de Québec, Juin 1902.

répétés, nous avons eu le bonheur de remporter des succès signalés, grâce à la tenacité et à l'énergie des membres du bureau de certains districts; et nous entrevoyons le jour où ces *faits* appartiendront à l'histoire des préjugés populaires, en médecine, si quelqu'un s'avise, plus tard, de raconter par le menu le développement de notre esprit scientifique à travers les péripéties de notre évolution sociale et politique.

Le congrès de Montréal, en 1904, a fait valoir les progrès accomplis dans ce sens. Il a démontré encore davantage: que nous avions non seulement le souci de nos intérêts purement matériels et administratifs, mais que nous songions à développer chez nous cet esprit scientifique vers lequel doivent tendre tous nos efforts, si incomplet soit notre outillage intellectuel, si lente soit notre marche, si unanimes soient les résultats.

M'inspirant des idées de notre digne président général à Montréal, M. Foucher, dans son parallèle entre la médecine de jadis et celle d'aujourd'hui, au Canada, j'excuse ces retards par le fait que "c'est le propre de l'évolution même de s'opérer lentement *en tenant compte des milieux*. La médecine a suivi, en cela, un phénomène d'ordre général" (1).

— J'ajouterais volontiers que, chez nous, elle a même *oublié d'évoluer* pendant longtemps, à l'encontre des lois naturelles, drapée dans le manteau de ses aïeux, hypnotisée sur place parce que Melchior de Vogüé appelle très justement la voix des "morts qui parlent."

Elle habitait si loin des vivants en ce temps-là!...

"Avant donc de remodeler les couches nouvelles, il fallait "modifier les anciennes, et ce travail difficile devait s'accomplir "à l'aide de la presse médicale et des sociétés de médecine dans "les différents centres importants (2)."

Et ce travail s'est opéré depuis une douzaine d'années surtout, grâce à ces sources nouvelles d'énergie.

"Arrivés à cette phase de notre existence corporative où ce que nous avions désiré avec le plus d'instance se réalise; arrivés à réunir en congrès, en grand nombre même, des médecins qui, jusqu'à ce jour, s'étaient tenus éloignés des associations de ce

(1) Foucher, Congrès de Montréal, discours d'ouverture, *Univ. Médicale* 1904 p. 390.

(2) *Ibidem* p. 390.

genre parce que les délibérations avaient lieu dans une langue qui n'est pas familière à la majorité d'entre eux (1).” j'ajoute: il nous reste à poursuivre l'idéal rêvé, c'est-à-dire, notre plein épanouissement scientifique. Et nous aurons atteint ce but lorsque nos universités, subventionnées par l'État ou autrement, seront assez riches pour abriter et former des savants débarrassés de tout esprit de leucré, et dont les travaux auront attiré l'attention du monde entier.

Cette époque verra les grands congrès internationaux dont nous ne pouvons que suivre de loin les délibérations, siéger au Canada; et nos arrières petits-fils en seront probablement les membres pré vilégiés.

Si non e vero! . . .

A tout événement, ces grandes réunions scientifiques sont nécessaires et, comme à Don Juan, sa belle, “chaque pays lui en doit une.”

C'est l'idée que vient d'exprimer avec beaucoup d'à propos, notre très dévoué secrétaire général actuel, M. le Dr DeBlois, de Trois-Rivières.

“Un pays, dit-il peut être grand par l'étendue de ses terres, la largeur de ses fleuves, l'immensité de ses forêts. Ses pouvoirs d'eau, ses manufactures, ses chemins de fer, son agriculture, sa population, tout cela peut contribuer à son développement et à sa prospérité; mais, à notre point de vue, rien ne l'illustre à un plus haut degré que la perfection des arts, la pureté des mœurs et *l'éclat de la science*. Voilà le vrai couronnement de la civilisation et le but ultime, par conséquent, vers lequel doit tendre tout effort national (2).”

C'est aussi mon avis. Ce sera aussi l'avis, sans doute, de tous les médecins qui se rendront aux Trois-Rivières à la fin de ce mois-ci.

J. A. LESAGE.

(1) A. Foucher, p. 301, Union Médicale 1904.

(2) DeBlois, Le Telluvien, 1er Mai 1903.

SOCIETES

TROISIEME CONGRES

DE

L'Association des Medecins de langue française

DE L'AMERIQUE DU NORD

TROIS-RIVIERES. 26-28 JUIN 1906

ORGANISATION

LETTRE CIRCULAIRE

Trois-Rivières, mai, 1906.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le Troisième Congrès de l'Association de Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu aux Trois-Rivières les 26, 27 et 28 juin prochain.

Vous êtes cordialement invité à prendre part à ce grand ralliement professionnel. et, dans ce but, nous vous adressons tous les renseignements concernant l'organisation générale.

Vous savez quel éclat et quelle importance ont eus les deux premiers Congrès. Tout fait augurer que celui des Trois-Rivières sera digne des précédents et obtiendra un grand succès scientifique.

Près de 80 communications sont déjà inscrites au programme, et les adhésions reçues jusqu'ici se chiffrent par centaines.

Les sociétés médicales françaises au Canada et aux Etats-Unis nous ont promis leur entier concours et ont nommé des délégués pour les représenter durant le Congrès.

La France et les Sociétés savantes de ce pays enverront des représentants officiels.

La Société de Thérapeutique de Paris a bien voulu déléguer M. le Dr H. Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris, qui sera spécialement chargé d'exposer au Congrès les vœux de la Société, relativement à l'Alcoolisme. Sur cette question, ce distingué médecin est reconnu comme l'une des plus grandes autorités de l'Europe. M. Triboulet est, de plus, le délégué officiel de notre ancienne mère-patrie, la France, et de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme.

M. le Dr Foveau de Courmelles, Vice-Président de la Société Française d'hygiène, représentera officiellement cette Société et fera une communication sur un sujet d'hygiène.

La Société de Médecine de Paris, la Société Internationale de Médecine Physique, la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, la Société Médicale des Praticiens ont aussi répondu à l'invitation que nous leur avons faite et ont délégué quelques-uns de leurs membres à nos réunions de juin.

Partout, en un mot, nous avons rencontré un accueil très sympathique et un enthousiasme plus vibrant que jamais pour l'œuvre de nos congrès français en Amérique.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR.

1° *Tuberculose*. Rapporteur: M. Arthur Rousseau, professeur à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Co-rapporteur: M. J. G. Paradis, Docteur en médecine, Montmagny.

2° *Hygiène infantile*. Rapporteur: M. J. E. Dubé, Docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal.

Co-rapporteur: M. H. Hervieux, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

3° *Alcoolisme*. Rapporteur: M. Georges Bourgeois, ex-

interne de l'Hôtel-Dieu de Montréal, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, Trois-Rivières.

Co-rapporteur: M. L. J. O. Sirois, gouverneur du collège des médecins, St-Ferdinand d'Halifax.

ADHÉSIONS.

Les adhérents qui désireraient faire un travail sur l'une ou l'autre de ces questions générales, ou présenter une communication sur un autre sujet scientifique ou d'intérêt professionnel, sont invités à en aviser M. le Dr DeBlois, secrétaire-général du Congrès, Trois-Rivières, P. Q., avant le 12 juin 1906.

COTISATION.

La cotisation est fixée à *cinq dollars* (\$5.00) pour les membres titulaires. Elle donne droit aux réductions consenties par les compagnies de transport, à l'excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan et à toutes les fêtes organisées en l'honneur des congressistes.

Outre ces avantages, chaque médecin souscripteur recevra gratuitement le compte-rendu des travaux du Congrès, aussitôt qu'il pourra être publié.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées à M. le Dr St-Pierre, trésorier du Congrès, Trois-Rivières, P. Q.

Dans l'espoir que vous voudrez bien prendre part à ce Congrès, nous vous prions, Monsieur et très honoré confrère, d'agréer l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Le Président,

Le Secrétaire-général,

Louis-Philippe Normand.

Charles N. de Blois.

23, Ave Laviolette, Trois-Rivière, P.Q.

I. COMITÉ EXÉCUTIF DU CONGRÈS.

Président: — M. L. P. Normand Gouverneur du Collège des Médecins, Chirurgien en chef de l'Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

Vice-Présidents:—M. J. O. Camirand, Gouverneur du Collège des Médecins, Chirurgien de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. J. E. Dubé, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. G. A. Boucher, Médecin des Hôpitaux, Brockton, Mass., Etats-Unis.

Secrétaire-général:—M. C. N. DeBlois, membre de la Société de Thérapeutique de Paris, de l' "American Electro-Therapeutic Association" et de la Société Internationale de Médecine Physique: médecin-directeur de l'Institut Hydro-Electro-Thérapeutique, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières. (Délégué officiel de la Société Internationale de Médecine Physique).

Secrétaires à Montréal:—M. E. St-Jacques, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. Jean Décarie, préparateur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval; professeur d'Histologie à l'Ecole Dentaire, médecin à l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Trésorier:—A. St-Pierre, docteur en médecine, Trois-Rivières.

Secrétaire à Québec: M. F. X. Dorion, ex-gouverneur du Collège des médecins, secrétaire de la Société Médicale de Québec.

II. SECTION DE MÉDECINE.

Président:—M. H. Hervieux, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval, Montréal; médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Vice-Présidents:—P. V. Faucher, docteur en médecine, secrétaire du Collège des médecins de la Province de Québec, Québec.

M. L. N. Bourque, docteur en médecine, Moncton, N. B.

M. A. W. Petit, docteur en médecine, président de la Société Médicale du New-Hampshire, Nashua, E.-U.

Secrétaires:—M. A. Laramée, médecin assistant à la Crèche de la Miséricorde, secrétaire de la Société Médicale, Montréal.

M. Oscar Cloutier, docteur en médecine, coroner, Nicolet.

III. SECTION DE CHIRURGIE.

—*Président*: M. Arthur Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Vice-Présidents: — M. A. Marien, professeur d'Histologie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. Z. Rhéaume, chirurgien de l'hôpital de Valleyfield.

M. J. E. Lanoie, gynécologue à l'hôpital de Fall River, Mass.

Secrétaires: — M. Alb. Paquet, professeur agrégé à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Nap. Lambert, coroner, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

IV. SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Président: — M. Canac Marquis, chirurgien des hôpitaux, San Francisco, Californie, E.U.

Vice-Présidents: — M. Albert Laurendeau, docteur en médecine, gouverneur du collège des médecins, St-Gabriel de Brandon.

M. J. F. Rioux, médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. L. A. Beaudry, docteur en médecine, St-Hyacinthe.

Secrétaires: M. A. Ethier agrégé, ancien interne de l'hôpital St-Michel, Paris; assistant gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

V. SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE.

Président: — M. Rodolphe Chevfier, médecin des hôpitaux, Ottawa.

Vice-Présidents: — Honorable B. R. Fiset, sénateur, gouverneur du collège des médecins de la Province de Québec, Rimouski.

M. J. H. O. Lambert, président de l'Association Médicale canadienne française du Manitoba, médecin de l'hôpital St-Boniface, Manitoba.

M. R. Paquin, docteur en médecine, ex-secrétaire du collège des médecins, Québec.

Secrétaires: — M. Alphonse Lessard, docteur en médecine, Québec.

M. Eudore Blondin, docteur en médecine, Arthabaska.

VI. SECTION DES MALADIES MENTALES, DE MÉDECINE LÉGALE
ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Président: — M. A. Marois, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

Vice-Présidents: — M. E. P. Chagnon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. J. Poliquin, président de la Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean, St-Félicien, Lac St-Jean.

M. Jos. Garceau, docteur en médecine, Chutes Stawinigan.

Secrétaires: — M. O. Tourigny, médecin-adjoint de l'Institut Hydro-Electrothérapique des Trois-Rivières.

M. Jos. E. Dion, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Asile St-Jean-de-Dieu, Montréal.

VII. SECTION D'OPHTHALMOLOGIE — D'OTO-RHINO — LARYNGOLOGIE.

Président: — M. Edouard Desjardins, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Vice-Présidents: — M. D. Pagé, gouverneur du collège de médecine de la Province de Québec, médecin de l'hôpital des immigrants et du Port, Québec.

M. L. C. Bachand, médecin ophtalmologiste de l'hôpital du Sacré-Cœur, Sherbrooke.

M. S. Martel, médecin ophtalmologiste des hôpitaux, Boston, Mass.

Secrétaires: — M. Albert Lassalle, médecin ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. L. Montreuil, médecin ophtalmologiste, Québec.

VIII. SECTION D'HYGIÈNE ET D'INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Président: — M. J. O. Sirois, gouverneur du collège des médecins de la Province de Québec, St-Ferdinand d'Halifax.

Vice-Présidents: — M. Elzéar Pelletier, secrétaire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, Montréal.

M. J. R. Latraverse, docteur en médecine, Sorel.

M. M. E. Gervais, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

Secrétaires: — M. Arthur Potvin, docteur en médecine, Québec.

M. L. O. Bournival, docteur en médecine, St-Barnabé.

IX. PRÉSIDENTS D'HONNEUR.

M. D. Brochu, officier d'Académie, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société de Thérapeutique de Paris, de la Société Internationale de Médecine Physique, surintendant médical de l'asile de Beauport, Québec. (Délégué officiel de la Société Internationale de médecine Physique). Ancien président.

M. A. A. Foucher, officier de l'Instruction Publique, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. Ancien président.

M. le professeur Pozzi, membre de l'Académie de Médecine de Paris.

M. E. F. Panneton, président de la Société Médicale des Trois-Rivières, médecin de l'hôpital St-Joseph, Trois-Rivières.

M. J. P. Rottot, doyen à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. T. Roddick, doyen à la Faculté de Médecine de l'Université McGill.

M. Ahearn, professeur d'anatomie descriptive à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Foveau de Courmelles, professeur d'électrothérapie et de radiographie, lauréat de l'Académie de Médecine, président de la Société Internationale de Médecine Physique, vice-président de la Société Médicale des praticiens et de la Société Française d'Hygiène, Paris. (Délégué officiel de la Société Française d'Hygiène).

M. E. P. Lachapelle, officier de la Légion d'Honneur, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université, président du Collège des Médecins, Montréal.

M. L. P. Fiset, docteur en médecine, membre de l'Assemblée Législative, St-Boniface de Shawinigan.

M. S. Grondin, professeur à l'Université Laval, Gynécologue à l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Albert LeSage, officier d'Académie, docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, rédacteur de l'Union Médicale du Canada, Montréal.

M. S. Boucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. O. F. Mercier, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. L. N. Delorme, professeur d'anatomie pratique à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. L. de Lotbinière Harwood, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, membre de la Société d'urologie, de Paris, Gynécologue et Surintendant général de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. W. Derome, professeur à l'École d'Anatomie comparée, Montréal.

M. A. DeMartigny, docteur en médecine, membre et délégué officiel de la Société de Médecine de Paris, Montréal.

M. S. Bartet, secrétaire général de la Société de Thérapie de Paris.

M. G. Villeneuve, surintendant médical de l'hôpital St-Jean de Dieu, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, membre de la Société Medico-Psychologique de Paris, de la Société de Médecine mentale de Belgique, et de l'Association Américaine, Montréal.

M. Rodolphe Boulet, médecin en chef de l'Institut Ophthalmique, membre de la Société d'ophtalmologie de Paris, gouverneur du Collège des Médecins, Montréal.

M. N. A. Dussault, agrégé à l'Université Laval, ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. C. N. Valin, professeur-adjoint à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. François DeMartigny, assistant chirurgien de l'hôpital Pean de Paris, officier d'Académie, Montréal.

M. D. E. Lecavelier, docteur en médecine, Montréal.

M. Alfred Morissette, docteur en médecine, député à l'Assemblée Législative de Québec, Ste-Hénédine, Co. de Dorchester.

M. Sévérin Lachapelle, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. J. E. Hétu, docteur en médecine, Trois-Rivières.

MEMBRES ADJOINTS.

- M. Paquin, secrétaire de la Société Médicale. Portneuf.
 M. J. H. Choquette. Shawinigan Falls.
 M. J. A. Dufresne. "
 M. C. E. Darche, médecin de l'hôpital St-Joseph, secrétaire de la Société Médicale des. Trois-Rivières.
 M. Henri Marchand. Champlain, P. Q.
 M. L. A. Plante, gouverneur du Collège des Médecins, Louiseville.
 M. J. E. Ladrière, gouverneur du Collège des Médecins, Lévis.
 M. Riverin, secrétaire de la Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean. Chicoutimi.
 M. J. A. Langis. Petit-Rocher, N. B.
 M. Sylvain. Manchester, N.-H., E.-U.
 M. A. Jobin, gouverneur du Collège des médecins. . . Québec.
 M. Georges, Baril. Hochelaga.
 M. Albert Chevrier. Embrun, Ont.
 M. Malcolm Genest. St-Bernard de Dorchester, P. Q.
 M. L. A. Lessard, secrétaire de la Société Médicale de Shefford, gouverneur du Collège des médecins. . . Granby, P. Q.
 M. J. P. Giguère. Chapeau, Ont.
 M. Eugène Mathieu, Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu. Québec.
 M. J. N. Roy, membre de la Société Française d'ophtalmologie, de la Société Française d'Oto-rhino-Laryngologie, officier d'Académie, médecin de l'hôtel-Dieu. Montréal.
 M. T. Parizeau, docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur de chirurgie à l'Université Laval, chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.
 MM. Benoit et Ostigny. St-Hyacinthe.
 M. Ernest Choquette, président de la Société médicale de St-Hyacinthe. St-Hilaire, P. Q.

- M. S. J. Girard. Montréal.
 MM. Lasnier, chirurgien. “
 M. O. Baribeault. New Heaven, Conn.
 M. N. E. Guillet. Manchester, N. H.
 M. D. Masson, médecin de l'Institut Ophthalmologique, Montréal.
 M. F. Monod, ancien interne des hôpitaux de Paris. . Montréal.
 M. J. Langlais. Trois-Pistoles.
 M. O. Boulanger. St-Laurent, Manitoba.
 M. J. J. Sheppard, président de la Société Médicale de Joliette.
 M. M. Robillard, président de la Société Médicale du district
 d'Ottawa.
 M. J. J. Gauvreat, secrétaire de la Société Médicale de Rimouski.
 MM. Vaillancourt et Larue de la Société Médicale des comtés de
 Beauce et Dorchester.
 M. J. E. D'Amours, secrétaire de la Société Médicale du district
 d'Ottawa. Papineauville.
 M. M. Thibeault et M. A. Pelletier de la Société Médicale du
 comté de Wolfe.
 M. Achille D'Aigle, agrégé à l'Université Laval, médecin patho-
 logiste à l'Hôtel-Dieu. Montréal.
 M. U. Prévost, secrétaire de la Société du comté de Terrebonne.
 M. P. Dolbec, gouverneur du Collège des Médecins, St-Casimir.
 M. M. Moreau, président de la Société Médicale de St-Jean
 (Iberville).
 M. R. Mayrand, chargé de cours à l'Université Laval, Québec.
 MM. J. H. Leduc et W. N. Godin, médecins. . . Trois-Rivières.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

ART. 1. — Le troisième Congrès de Médecine s'ouvrira aux Trois-Rivières le 26 juin 1906, à 2 hrs. p. m., dans les salles de l'Hôtel de Ville et sera clos le 23 du même mois.

Le but de ce Congrès est double: l'avancement scientifique et l'étude des questions d'intérêt professionnel.

ART. 2. — Le Congrès se composera de médecins nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes con-

ditions et aux mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister aux réunions et prendre part aux travaux du Congrès. Des privilèges spéciaux seront accordés aux représentants de la presse.

ART. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'identité après avoir fait parvenir sa cotisation au trésorier. Cette carte, essentiellement personnelle, donnera droit à tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

Les titulaires sont priés de la porter toujours sur eux. Sur sa présentation, ils pourront, le 28 juin a. m., prendre part à une magnifique excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan.

Le versement est de *cinq dollars*.

ART. 4. — Les membres titulaires du Congrès dûment inscrits, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

ART. 5. — Ils auront en outre droit au compte rendu des travaux du Congrès, lesquels seront remis aux congressistes aussitôt après leur publication.

ART. 6. — SECTIONS DU CONGRÈS: — Le comité exécutif a cru devoir suivre la coutume établie en formant sept sections, afin de faciliter l'organisation, et nommer des présidents, des vice-présidents, des secrétaires.

Mais durant le Congrès, comme il s'agira surtout de concentrer l'attention des congressistes, ces sections seront toutes réunies en *deux grandes sections*.

1° Médecine et annexes.

2° Chirurgie et annexes.

Il n'y aura d'exception que pour les questions mises à l'ordre du jour (Tuberculose, hygiène infantile, alcoolisme), et les communications d'intérêt professionnel, lesquelles seront présentées en assemblée générale.

ART. 7. — Un comité exécutif, composé du président, des vice-présidents du secrétaire général, du trésorier et des secrétaires des divisions de Québec et de Montréal, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. 8. — Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en sections.

ART. 9. — Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

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

ART. 10. — Les comités des sections pourront organiser leurs programmes de travaux (lecture et discussions des communications, examens des propositions présentées, etc.).

ART. 11. — Le Président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

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

ART. 12. — Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prennent part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 5 minutes de réplique. Néanmoins le Président, quand l'importance du sujet le justifie, pourra accorder plus de temps à l'orateur.

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

ART. 13. — Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au Secrétaire général au plus tard le 12 juin. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion.

Les rapports officiels sur les questions générales devront être complétés et remis entre les mains du Secrétaire général, aux Trois-Rivières, avant le 12 juin prochain.

ART. 14. — On pourra présenter des communications après le 12 juin et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. 15. — Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au Secrétaire du bureau respectif. Le

comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

ART. 16 — La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera *le français*.

ART. 17. — Les étudiants en médecine, les dames accompagnées des congressistes et les personnes non Docteurs en Médecine qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de \$2.50.

Ces *membres associés* jouissent, comme les membres titulaires du privilège: d'assister aux séances et aux fêtes données en l'honneur des membres du Congrès.

Ils ont en outre droit aux excursions et aux réductions obtenues sur les prix de transport. Ils ne recevront pas cependant les publications du Congrès, ne prendront part ni aux votes ni aux discussions et ne pourront faire de communications.

PROGRAMME DU CONGRÈS.

Le Troisième Congrès de l'Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira aux Trois-Rivières, le 26 juin prochain, et aura lieu dans les salles de l'Hôtel de Ville

Le programme est ainsi fixé:

MARDI, LE 26 JUIN, A 1½ HEURE P. M.

Réunion générale de tous les membres du Congrès, à la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville. Musique par la fanfare "l'Union Musicale" des Trois-Rivières.

Inscription des congressistes au bureau du secrétaire général, situé au 1er étage (Salon du maire, Hôtel de Ville).

Distribution des insignes, du programme médical complet, de l'Album Illustré des Trois-Rivières, etc.

A 2 HRS. P: M.

Ouverture du Congrès par le Dr L. P. Normand, président; rapport du secrétaire général, suivi immédiatement de la présentation des rapports sur la *Tuberculose* et de tous les travaux se rattachant à cette question.

APRÈS-MIDI, A 5 HRS.

Communications d'intérêt professionnel.

LE SOIR, A 8 HRS.

Ouverture solennelle du Congrès et discours de circonstance.

LE SOIR, A 9 HRS.

Fête de nuit: feu d'artifice et feux de la Saint-Jean sur la côte sud. Illumination du Boulevard, du Plateau et des environs. Concert.

MERCREDI, LE 27 JUIN, A 9 HRS. A. M.

Hygiène Infantile: Lecture et discussion en assemblée générale des rapports sur l'hygiène infantile et de tous les travaux sur cette question.

APRÈS-MIDI, A 2 HRS.

Ouverture des deux grandes sections du Congrès. 1° Médecine et annexes. 2° Chirurgie et annexes.

Communication de travaux scientifiques.

Visite à l'hôpital pour ceux qui le désirent.

LE SOIR, A 8 HRS:

Alcoolisme: Lecture et discussion en assemblée générale des rapports sur l'*Alcoolisme* et de tous les travaux qui s'y rattachent.

Communications scientifiques et d'intérêt professionnel.

JEUDI, LE 28 JUIN, A 8.30 HRS. A. M.

Réunion générale de tous les congressistes à la salle d'opéra de l'Hôtel de Ville.

Date et lieu de réunion du prochain Congrès.

Election des officiers de l'Association. Cérémonie de clôture.

Excursion à Grand'Mère et aux Chutes Shawinigan gracieu-

sement offerte aux congressistes. Départ par train spécial, à 10 hrs. a. m. précises, de la gare du Pacifique Canadien, avec retour aux Trois-Rivières dans l'après-midi, assez tôt pour les trains de Montréal et de Québec.

MOYENS DE TRANSPORT.

Les compagnies de navigation et de chemin de fer délivreront aux membres du Congrès des billets à prix réduit. Pour bénéficier de cette réduction spéciale, les congressistes devront acheter un billet "simple" (et non pas pour aller et retour) et exiger de l'agent local des billets un certificat d'identification. Ce certificat devra être remis au bureau du secrétaire-général et contre-signé par ce dernier, afin de permettre aux membres d'opérer leur retour gratuitement.

HOTELS AUX TROIS-RIVIÈRES.

Les propriétaires d'hôtels ont promis de loger les congressistes aux conditions suivantes:

Hôtel Dufresne: chambre et pension: \$2.00 à \$3.00 par tête et par jour,

Hôtel du Dominion et Hôtel du Canada: chambre et pension: \$1.50 par tête, par jour.

Hôtel Windsor: chambre et pension \$1.25 par tête, par jour.

Hôtel Commercial; Hôtel Frontenac; Hôtel Houde; Hôtel Richelieu; Hôtel Continental et l'Hôtel Ville-Marie: chambre et pension: \$1.00 par tête, par jour.

Aussi, maisons de pension privée à \$1.00 par tête, par jour.

BUREAU DE RENSEIGNEMENTS.

Un comité de réception siégera en permanence à l'Hôtel de Ville durant le Congrès, et verra à ce que les Congressistes obtiennent les meilleures accommodations possibles. Prière aux membres du Congrès de se faire enregistrer à ce bureau dès leur arrivée aux Trois-Rivières.

PROGRAMME MEDICAL PRELIMINAIRE

I. RAPPORTS SUR LA TUBERCULOSE ET DE TOUS LES TRAVAUX SE RATTACHANT A CETTE QUESTION.

- 1° — Tuberculose. M. Rousseau, rapporteur, Québec.
 - 2° — Tuberculose. M. J. G. Paradis, co-rapporteur, Montmagny.
 - 3° — Rôle des classes dirigeantes de la société dans la lutte contre
l'Alcoolisme et la Tuberculose. M. P. H. Ste-Marie, Ottawa,
 - 4° — Traitement préventif dans la
Tuberculose. M. Adélarde Payette, Lowell.
 - 5° — Tuberculose hygiène et Rayons X. M.J.F. Rioux, Sherbrooke
 - 6° — L'habitation et la Tuberculose. M.E.P. Lachapelle, Montréal.
 - 7° — Méningite tuberculeuse. . . M. E. Panneton, Trois-Rivières.
 - 8° — Tuberculose des organes génitaux chez la femme
M. L. de Lotbinière Harwood, Montréal.
 - 9° — Tuberculose d'un adeno-myôme de l'utérus
M. J. L. Archambault, Cohoes, N. Y.
 - 10° — Tuberculose et Alcoolisme dans
leurs rapports de cause (alcool).
à effet (tuberculose). M. H. Triboulet, Paris.
 - 11° — Les affections nasales de la
gorge compliquant la tuberculose. M. E. de Laval, New-Bedford
 - 12° — Traitement de la tuberculose
par le sérum de Marmorek. . M. A. de Martigny, Montréal.
 - 13° — Les Sanatoriums populaires et
le casier sanitaire des maisons. . . M. A. LeSage, Montréal.
-

II. RAPPORTS SUR L'HYGIENE INFANTILE ET DE TOUS LES TRAVAUX SUR CETTE QUESTION.

- 1° — Traitement des maladies
de l'enfance. M. J. E. Dubé, rapporteur, Montréal.
- 2° — Prophylaxie des maladies
de l'enfance. M. Hervieux, co-rapporteur, Montréal.

- 4°—Hygiène scolaire. . . . M. Albert Chevrier, Embran, Ont.
 4°—Hygiène Infantile au
 point de vue scolaire. . . . M. S. G. Paquin, Pontneuf.
 5°—L'œuvre des conseils
 aux mères de familles. M. E. F. Panneton, Trois-Rivières.
-

III. RAPPORTS SUR L'ALCOOLISME ET DE TOUS LES TRAVAUX QUI S'Y RATTACHENT.

- 1°—Alcoolisme. M. G. E. Bourgeois, rapporteur, Trois-Rivières.
 2°—Prophylaxie de l'alcoolisme. M. L. J. O. Sirois, co-rapporteur,
 St-Ferdinand d'Halifax.
 3°—Prophylaxie de l'alcoolisme. . . M. C. Sylvain, Rimouski.
 4°—Alcoolisme. M. J. A. Allard, Bromptonville.
 5°—Rôle des classes dirigeantes
 de la société dans la lutte
 contre l'alcoolisme. . . . M. Ph. Ste-Marie. Ottawa.
 6°—Danger de l'alcoolisme dans
 les maladies chroniques. . M. J. L. M. Genest, St-Bernard
 Dorchester.
 7°—Alcoolisme. . M. T. W. Michaud, St-Pacôme, Kamouraska.
 8°—Alcoolisme. . . : M. L. A. Lessard, Granby.
 9°—Chantiers, foyers d'alcoolisme. M. J. P. Giguère, Chapeau, Ont.
 10°—Alcoolisme, ses causes
 sociales. M. F. X. Dorion, Québec.
 11°—Alcoolisme. M. Lamont Petit, Montréal.
 12°—Tuberculose et Alcoolisme dans
 leurs rapports de cause (Alcool)
 à effet (Tuberculose). M. H. Triboulet, Paris
 13°—L'Alcool. M. Joseph Schmitt, Ile d'Anticosti.
-

IV. TITRES DES TRAVAUX SE RATTACHANT AUX INTERETS PROFESSIONNELS.

- 1°—Les intérêts professionnels. . . M. Albert Jobin, Québec.
 2°—Les intérêts professionnels. . M. J. E. Blondin, Arthabaska.

- 3° — Les médecines brevetées. M. J. S. Lacoursière, Berlin, N.H.
 4° — La profession médicale devant:
 I. — Les professions sœurs
 II. — La Législature
 III. — La société. . M. Amédée Lassonde, Drummondville.
-

V. TITRES DES TRAVAUX SE RATTACHANT A LA
 MEDECINE ET ANNEXES.

- I.—Trachôme. M. L. Gauthier, Chicoutimi.
 II.—Comment traiter les convulsions
 chez les enfants. M. Sévérin Lachapelle, Montréal.
 III.—Le Jury médical dans les cause civiles
 et criminelles. . M. Sévérin Lachapelle, Montréal.
 IV.—La méningite cérébro-
 spinale. M. J. O. Trempe, Montréal.
 V.—L'infection intestinale
 chronique. . . . M. Hector Roy, St-Paul, Montréal,
 VI.—Les impressions
 maternelles. M. E. Chevalier, Iberville.
 VII.—La saignée. M. J. P. Rottot, Montréal.
 VIII.—Un cas de convulsions
 puerpérales traité par le
 veratum vivide. . M. J. P. Giguère, Chapeau, Ont
 IX.—La grippe. M. E. P. Benoit, Montréal.
 X.—Le traitement de la fièvre typhoïde “ “
 XI.—Délire épileptique. M. Jos. E. Dion, Asile St-Pean de
 Dieu, Montréal.
 XII.—Traitement du rhumatisme
 par le salycilate de soude
 à hautes doses. M. Edwin Turcot, Québec.
 XIII.—Méningite génococcique. M. Eug. Mathieu, Québec.
 XIV.—Infection puerpérale grave
 sans lochies fétides. . M. P. C. Dagneau, Québec.
 XI.—Danger de la syphilis à
 Montréal. M. A. DeMartigny, Montréal.
 XVI.—Etude comparative de eaux minérales
 canadiennes et françaises. M. J. E. Bourgoïn, Montréal.

- XVII.—Causes de l'augmentation du nombre des aliénés et de la dégénérescence dans la province de Québec. M. D. Brochu, Québec.
- XVIII.—Massothérapie. . . . M. R. Barbatis, Paris, France.
- XIX.—Détermination volontaire du sexe, quelques remarques. M. A. Provost, St-Isidore, Laprairie.
- XX.—La genèse des eaux thermales. Prof. Armand Gauthier, Paris.
- XXI.—Les services que la radiologie peut rendre à la chirurgie et à la médecine. . . . M. H. Lasnier, Montréal.
- XXII.—Les différents facteurs de gravité de la syphilis. M. D. E. Lecavalier, Montréal.
- XXIII.—Les troubles fonctionnels du cœur dans différentes affections. M. D. E. Lecavelier, Montréal.
- XXIV.—Nécessité de réformer notre régime alimentaire. . . M. C. N. Valin, Montréal.
- XXV.—L'importance de la diététique dans le traitement des maladies. M. C. N. Valin, Montréal.
- XXVI.—Le moyen d'abrégé le temps d'isolement dans la dyphérie. M. J. J. Desroches, Montréal.
- XXVII.—La pratique du régime alimentaire dans les maladies chroniques. M. Jean Dardel, Aix-les-Bains.
- XXVIII.—L'Ozone dans son rôle épidémiologique et antiseptique. . . M. Foveau de Courmelles, Paris.

VI. TITRES DES TRAVAUX SE RATTACHANT A LA CHIRURGIE ET ANNEXES.

- I.—La blennorrhagie chez la femme
—ses dangers—son traitement. M. F. X. DeMartigny, Montréal.
- II.—L'anesthésie chirurgicale par la stovaine. M. O. F. Mercier, Montréal.

- III.—Un cas d'hébotomie. M. Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.
- IV.—La pratique de la chirurgie
à la campagne. “ “ “
- V.—La scopolamine—son emploi en chirurgie
et en obstétrique. “ “ “
- VI.—Eventration postopératoire,
sutûres préventives. . . . M. Z. Rhéaume, Valleyfield.
- VII.—La méthode de réduire une ancienne
dislocation de l'épaule. M. Noël E. Manchester, N. H.
- VIII.—Le Rayon X et le Radium dans la
thérapeutique du cancer. M. Foveau de Courmelles, Paris.
- IX.—La stovaïne. M. Ben Bourgeois, Montréal.
- X.—Abscess de l'orbite. M. J. N. Roy, Montréal.
- XI.—Considérations anatomopathologiques
sur le lymphadénome du médiastin
chez l'enfant. M. Lucien, interne des hôpitaux de Nancy.
M. P. Voirien, interne des hôpitaux, ancien préparateur
de physiologie, Nancy.
- XII.—Rétrécissement du rectum. M. Fernand Monod, Montréal.
- XIII.—Tumeurs intraoculaires versus
décollement de la rétine. . . . M. R. Boulet, Montréal.
- XIV.—Les injections sousconjonctivales
de sérum artificiel. “ “
- MM. A. Mercier, C. A. Daigle, Montréal, M. A. Ahern, A. Simard, Québec, A. E. LeCavelier, St-Eustache, O. Tourigny, Trois-Rivières, J. E. Savoie, Fall River, Mass., ont aussi promis de faire des communications dont les titres seront donnés plus tard.

LE 20 JUIN.

Nous avons dû ajourner à cette date la publication de travaux importants, afin de publier, en entier le programme du Congrès de Trois-Rivières.

PHARMACOLOGIE

FORMULAIRE

Contre la stomatite aphteuse des enfants :

Biborax de soude	4 grammes
Teinture de benjoin	2 —
Eau distillée	10 —
Sirop simple	20 —

Faire des attouchements plusieurs fois par jour, *Presse Méd.*

Contre les douleurs fulgurantes du tube :

Santonine 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centig. par jour. Il est prudent de débiter par des doses faibles et d'augmenter graduellement la dose à 30 c. puis à 45 centigrammes par jour si besoin, pendant plusieurs jours successifs. La xanthopsie, premier signe d'intoxication, doit en faire cesser l'usage.

Pommade antinévralgique :

Menthol	0 gr. 75 centig.
Cocaine	0 gr. 25 —
Chloral	0 gr. 15 —
Vaseline	5 grammes

F. S. A. Étendre cette pommade sur la région douloureuse recouverte de taffetas gommé. Indiqué dans la névralgie périorbitaire et hémicranienne. (*Journ. Méd. de Paris*).

Potions contre l'ivresse :

Acétate d'ammoniaque	15 grammes
Sirop de fleur d'oranger	45 —
Infusion de thé	100 —

[Méléz.] A prendre en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Autre formule :

Acétate d'ammoniaque	10 grammes
Chlorure de sodium	4 —
Infusion concentrée de café	50 —
Sirop simple	20 —

F. S. A. une potion, à donner en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Contre les convulsions .

(SIMON.)

Musc	20 centig.
Camphre	1 gramme
Hydrate de chloral	30 à 50 centig.
Jaune d'œuf	n° 1
Eau	150 grammes

F. S. A. un lavement qu'on donne, après un lavement simple, aux enfants pris de convulsions, auxquels on ne peut rien faire avaler. — Faire respirer de l'éther, plonger le malade dans un bain sinapisé, jusqu'à ce que la peau commence à rougir.

Potion :

Bromure de potassium	1 gramme
Musc	10 à 20 centigr.
Hydrolat de tilleul	} à 50 grammes
Hydrolat de fleurs d'oranger	
Sirop simple	20 —

F. S. A. une potion, à donner par cuillerées à café, de quart d'heure, en quart d'heure, aux enfants de deux ans environ, atteints de convulsions, et leur faire respirer de l'éther.

A PROPOS DE GLYCOZONE

LE GLYCOZONE est une des meilleures préparations à l'usage du médecin dans le traitement des plaies suppurées ou abcès. Il renferme de l'oxygène à l'état naissant qui détruit les matières organiques. Il est employé largement à l'hôpital Notre-Dame et ailleurs. Nous le recommandons hautement.