

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,  
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE

AU CANADA.

FONDÉE EN 1872.

---

TOME XXXIV.

---

*Contenant les travaux de MM.*

AUMONT, BENOIT, BOULET, CHAGNON, DAIGLE, D'AMOURS, DEMARTIGNY, DION,  
DUBÉ, FOUCHER, FORTIER, HERVIEUX, LAGUERRE, LANOIE, LAGRENDEAU,  
LARANÉE, LESAGE, LESSARD, MARIEN, MERCIER, A., MERCIER, O.-F.,  
NADEAU, NORMAND, PAGÉ, PARIZEAU, PELLETIER, RICHER, RHEAUME, ROSE,  
ROY, SIROIS, ST-JACQUES, TOUBIGNY, TURCOT, VALIN.



1905

## DIRECTEURS :

## MM. LES DOCTEURS

**Boulet**, Médecin en chef des services d'Ophthalmologie, de Rhinologie, d'Otologie et de Laryngologie de l'Institut Ophtalmique, Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

**Dubé**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

**Hervieux**, Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, à Montréal.

**Le Sage**, Officier d'Académie, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame (Secrétaire de la rédaction).

**De Lotbinière-Harwood**, Professeur à l'Université Laval, Gynécologue en chef à l'Hôpital Notre-Dame, Membre de la Société d'Urologie de Paris.

**Marién**, Professeur d'Histologie à l'Université Laval, à Montréal, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre de la Société Anatomique de Paris.

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

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

## PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour le Canada et les Etat-Unis.....	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale (Etranger) .....	2.50
Etudiants.....	1.00

Payable par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur **LESAGE**, 268, rue Saint-Denis. Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T. **VALIQUETTE**, 1094, St-Hubert, Montréal, ou Boite Postale No. 2189.

N. B. — La direction a l'honneur d'informer le public médical qu'elle a cessé, depuis un an, toute distribution gratuite du journal **L'UNION MÉDICALE DU CANADA**, et ce, sans exception.

Par ordre,

## SUPPLÉMENT

---

Un médecin éminent dans une conférence récente, à l'hôpital de Philadelphie, sur un cas de pneumonie sénile disait :

“ Les cataplasmes chauds de farine de lin, bien faits et capables de garder leur chaleur durant quatre heures, furent tenus sur le thorax pendant le jour et durant la nuit, furent remplacés par un justaucorps de laine et cela pendant la plus grande partie d'une semaine. Il est important que les cataplasmes soient bien faits de manière à garder leur chaleur pendant quatre heures, afin que le patient ne soit pas continuellement dérangé pour les changer. Les patients fiévreux ont besoin de repos, non-seulement ils doivent dormir durant la nuit, mais ils doivent aussi reposer durant le jour. Il est rarement sage d'éveiller le malade, soit pour lui donner de la nourriture, soit pour lui faire prendre ses remèdes, soit pour le mettre au bain ou pour lui faire quelque autre traitement.”

Il fut un temps où ces paroles auraient reçu l'entière approbation de tout médecin sérieux. Mais nous ne sommes plus au temps des chars à bœufs, de la chandelle, ou des petits chars à chevaux. Nous vivons au XX<sup>e</sup> siècle. Les vieilleries doivent être mises de côté. Elles n'ont plus de valeur que comme antiquités.

Nous avons la lumière électrique si propre et si commode pour remplacer la graissense chandelle de suif. Pourquoi n'emploierions-nous pas l'Antiphlogistine, composée de matières premières propres et aseptiques et capables de maintenir un degré uniforme de température durant une période de temps variant de 12 à 24 heures, au lieu du nid à microbes qu'est le sale et visqueux cataplasme de graine de lin ou de toute autre substance ?

Les médecins les plus avancés disent : “Oni nous savons tout ce qu'il y a à savoir de l'Antiphlogistine et nous l'employons régulièrement et couramment dans tous les cas où il y a inflammation et où il est nécessaire d'appliquer un topique.”

Figurez-vous un individu avec une température de 104° à 105°, un pouls de 120 à 140, une resp. de 40 à 70. Si quelqu'un désire et a besoin de repos et de sommeil, c'est bien un tel patient. Un cataplasme de graine de lin est un bien pauvre moyen de faire une application de chaleur humide continue, rien de plus. Il ne peut être assez bien fait pour fournir pendant plus d'une demi heure une température convenable. Il n'est pas nécessaire de changer l'Antiphlogistine plus souvent que toutes les 12 ou 24 heures, et durant ce temps une température uniforme est obtenue. Le sommeil bienfaisant est provoqué et non pas empêché. Elle stimule les réflexes cutanés, contractant les vaisseaux profonds et dilatant les vaisseaux superficiels. En même temps elle attire le sang à la surface, gonfle les capillaires superficiels et saigne en ménageant le sang.

La circulation est ainsi favorablement modifiée. Les symptômes graves cèdent immédiatement. La douleur et la congestion cessent, la température baisse, la pression artérielle est diminuée soulageant le cœur fatigué, les systèmes musculaires et nerveux sont relâchés et un bienfaisant sommeil arrive.

---

## LA CHLOROSE.

---

Malgré les progrès croissants de l'hygiène, le nombre des femmes anémiques ne paraît pas décroître perceptiblement. La cause principale de cet état de choses, c'est que les femmes ne veulent pas ou ne peuvent pas apprendre à vivre d'une façon rationnelle. Elles ne font pas d'exercice suffisant et convenable, elles prennent toutes sortes d'aliments indigestes et à toute heure, enfin et cela n'est pas le moindre mal, elles suivent les lois les plus ridicules de la mode. Ces diverses causes les mènent graduellement à la première période de l'anémie qui est la dénutrition. Avec les moyens à notre disposition, le diagnostic peut être facilement fait quand une patiente souffrant d'anémie vient chercher un traitement, mais malheureusement règle générale, le Docteur ne voit pas le cas à ses débuts. Je discuterai seulement à un point de vue pratique, quelques-uns des principaux caractères de l'anémie et son traitement.

Les symptômes de l'anémie sont bien connus, ils sont visibles à l'œil nu dans la plupart des cas, mais je désire attirer votre attention sur un point particulier. Dans tous les cas la condition du sang est plus ou moins mauvaise ; tous ceux qui veulent se donner la peine de faire un examen du sang peuvent facilement vérifier les faits suivants : premièrement, la proportion et la condition des globules rouges ; secondement la proportion et la condition des leucocytes et troisièmement le pourcentage de l'hémoglobine. Cette connaissance est très suffisante pour le praticien affairé. Un examen complet de laboratoire fera cependant découvrir invariablement une diminution de la quantité totale du sang avec une diminution correspondante des globules rouges. Le pourcentage d'hémoglobine est aussi inférieur et les globules rouges sont altérés dans leur forme et leur volume ; en plus l'albumine peut manquer. Comme matière de fait, les principes constituants du sang jouent le plus grand rôle dans la production de l'anémie. Il est connu que la pauvreté du fer dans le sang constitue un caractère des plus importants. L'on a prétendu que si le sang est pauvre en fer c'est facile d'amener la guérison, conséquemment un grand nombre de prescriptions variées ont été soumises à la profession, toutes plus ou moins effectives mais ne remplissant pas parfaitement le but, elles manquent toutes de ce qui est le plus nécessaire, une nutrition complète et parfaite, aussi bien que des effets toniques et stimulants. Il est admis par toutes les autorités que les principes du sang ne peuvent pas être régénérés par un autre moyen que par les fonctions de nutrition, d'assimilation et d'élimination. Ces trois fonctions ramenées à la normale, amènent invariablement la guérison. Mon expérience clinique, me dit que la Bovinine, qui est un aliment, un tonique et un stimulant parfait, remplit parfaitement le but.

G. E. ROWELL, M. D.

---

# BONNE ET HEUREUSE ANNÉE!

Bonne et heureuse année! c'est le souhait que l'UNION MÉDICALE DU CANADA adresse à tous ses lecteurs, les membres épars de la grande famille médicale.

Nous nous réjouissons des progrès accomplis durant ces dernières années. Formons le vœu qu'ils se continuent dans l'avenir.

L'Université, soucieuse de sa mission de haute éducatrice, transforme ses méthodes d'enseignement, qu'elle précise chaque jour davantage. Les médecins, mieux instruits de leurs devoirs, resserrent de plus en plus les liens qui les unissent au nom d'une science qui les voudrait *plus forts que la mort*; ils fondent des sociétés savantes où ils échangent leurs vues tout en ravivant leurs souvenirs d'amicale fraternité; celles-ci, à leur tour, s'organisent en congrès périodiques qui appellent au loin l'attention par la reconnaissance officielle du *droit à l'existence*.

Ces grandes étapes, parcourues dans un court espace de temps et après des assauts multiples, nous identifient davantage avec une science qui ne se livre pas sans sollicitations répétées, et elles nous inspirent foi en l'avenir.

- " La science à la nuit arrache par poignées
- " Des lois, confusément par les faits témoignées.
- " Puis, livrant leur mêlée au labeur du cerveau.
- " Par un examen lent, incessamment nouveau,
- " Les débrouille d'abord, les dégage de l'ombre.
- " Les éprouve et réduit patiemment leur nombre. "

- .....
- " Elle n'est certes pas d'une facile étroite
  - " Souvent insaisissable, elle frustre nos bras,
  - " Ou ne donne au baiser que des enfants ingrats;
  - " Aux vœux impatients, au zèle téméraire
  - " Trop souvent elle oppose une froideur contraire;
  - " Mais par ses grands refus s'égarer ou souffrir,
  - " Comme à ses trahisons, à ses rigueurs s'offrir,
  - " C'est l'aimer tout entière, et, sans retraite aucune,
  - " Suivre tout son caprice et toute sa fortune!

— Suivons donc, sans faiblesse, la route que nous nous sommes tracée à l'avance.

Si nous levions un coin du voile qui cache à nos yeux le vaste horizon entrevu dans notre esprit, et vers lequel nous nous acheminons inconsciemment, nous distinguerions nettement l'enceinte d'un bel édifice social où se trouvent réunis, en des comices pacifiques, les éléments hétérogènes de notre profession, interprétant au bénéfice de ses membres un Code de *Protection mutuelle* pour la vie, contre la mort! — C'est un rêve, dira-t-on, une chimère! mais le rêve est à l'esprit ce que l'aurore est au matin, il rend l'espérance:

- " Après les nuits de fièvre et les tardifs sommeils,
- " Ses seraines clartés ont d'apaisants conseils
- " Et de frais reconforts pour la plus âpre tâche. "

# ÉCHO D'UN CONGRÈS

## DECORATIONS FRANÇAISES

Les congrès ont du bon!... La France nous aime et nous honore dans la personne de nos amis Foucher et LeSage, qui sont heureux des décorations qu'elle leur a si généreusement accordées.

Le distingué président de notre dernier Congrès des Médecins de Langue Française sait déjà toute l'estime que nous avons, ici, pour lui, et nous lui avons souvent dit combien nous étions heureux de le compter au nombre de nos collaborateurs; mais qu'il nous permette, aujourd'hui, de lui avouer tout l'orgueil et toute la fierté que nous avons ressentis lorsque nous avons appris l'acte de bienveillance de notre mère-patrie.

Le succès de la grande réunion de juin dernier est dû au dévouement du président en particulier. Nous lui rendons cet hommage avec plaisir, et la France, par son Ministre des Affaires Etrangères, vient combler nos vœux en honorant le savant défenseur de l'Idée Française au Canada, qu'est le Professeur Foucher.

Nous sommes mal à l'aise pour parler de LeSage, notre secrétaire de la rédaction. Dire trop ou trop peu d'un frère, c'est peut-être s'attirer l'épithète d'orgueilleux ou d'indifférents! Nous sommes, cependant, si fiers de ce bon compagnon d'armes qu'au risque de passer pour des vaniteux nous aimons dire tout haut ce que nous pensons de lui tout bas.

LeSage s'est rendu indispensable lors du dernier congrès, tout comme il est devenu impossible à remplacer chez nous.

Pour qui le connaît, il fait bon de voir l'enthousiasme qu'il consacre au succès d'un projet! C'est un idéaliste sincère et un travailleur acharné. L'idée ou la chose qu'il embrasse ne peut avoir qu'une issue . . . . . le succès!

Il est passé le type du secrétaire en attendant qu'il devienne le type du président. . . . ce qui ne peut tarder!

Nous sommes heureux, ses confrères de la Direction, de lui donner publiquement ce tribut d'amitié et de reconnaissance. . . . Ça vient du plus profond de nos cœurs, et il les connaît bien!

Nous sommes, nous n'en doutons pas, en communion d'idée avec nos collaborateurs et tous nos lecteurs, lorsque nous prions le Gouvernement Français d'agréer nos remerciements pour l'honneur qui rejaillit sur nous tous des décorations de nos amis Foucher et LeSage.

S'il est possible, nous ferons plus que jamais pour les choses de France. La science médicale française nous est particulièrement chère, ses succès ont été les nôtres, et nous l'avons propagée de toutes nos forces et le plus loin possible autour de nous. Continuons. . . . . la France nous regarde.

J. C. DUBÉ,  
*pour la Direction.*

---

DISCOURS DE M. LE DR. FOUCHER. (1)

*M. le président, mes chers confrères et amis,*

Honoré par le Gouvernement français pour avoir contribué à resserrer les liens qui nous unissent à la mère-patrie par une diffusion plus grande de l'influence médicale française en Amérique, je dois mes paroles de gratitude à l'adresse de ce pays qui a l'œil ouvert sur tous les dévouements à sa cause, quelques minimes qu'ils soient, et qui récompense, même les plus humbles, au-delà de toute proportion.

En second lieu, j'ai une dette d'honneur à acquitter envers mes confrères médecins qui, en me portant à la présidence du 21<sup>ème</sup> congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord m'ont désigné d'avance pour récolter en leur nom les honneurs et le fruit de leurs travaux.

Je tiens à remercier le groupe distingué d'amis qui, par sa présence ici ce soir, témoigne de l'intérêt qu'il nous porte, et de la haute appréciation qu'il fait des honneurs qui nous sont conférés. Ces preuves de délicates attentions, je les offre à la France, qui y verra, j'en suis sûr, une manifestation non équivoque de la satisfaction avec laquelle nous accueillons les faveurs qu'il lui plaît d'accorder au Canada.

Si la France a pu croire autrefois à la rigueur de nos frimas, elle est bien renseignée aujourd'hui sur le sort des palmes qu'elle acclimate sur les bords du Saint-Laurent.

(1) Au banquet offert par leurs confrères de Montréal à M. le Dr Foucher, officier de l'Instruction Publique, et à M. le Dr LeSage, officier d'Académie.

Elle sait que placées sur des poitrines canadiennes françaises, elles y seront en serre chaude et ne se faneront jamais.

Nous avons été, M. le Dr. LeSage et moi, dépositaires de deux palmes de même famille, quoique de variété différente, elles nous étaient destinées, je le répète, mais la garde nous en a été confiée. — C'est ce précieux dépôt qui nous honore et qui suffit à notre ambition.

Placées à l'endroit du cœur, en pleine lumière, ces palmes seront toujours pleines de sève et de vie, et leur symbole nous rappellera sans cesse qu'en travaillant à notre propre avancement dans nos congrès de langue française, nous servons une cause qui nous honore, qui profite à notre pays et qui est appréciée en haut lieu.

Si nous avons rêvé d'être un jour une personnalité dans le cercle où nous aurions à nous mouvoir, ce banquet, ces félicitations, ces honneurs semblent donner un commencement de réalisation à ces rêves d'orgueil et d'ambition. Pourtant, nous n'avions cru faire que notre devoir en faisant tout notre devoir, et voilà qu'aujourd'hui, à cette époque de désorganisation sociale, on sent le besoin de désigner à l'attention publique, ceux même qui, obéissant aux élans les plus naturels du cœur humain, se sentent entraînés à faire ce qui est bon et utile pour le succès d'une grande cause.

Quoiqu'il en soit, ces décorations m'honorent trop pour ne pas en apprécier toute la valeur et pour ne pas me montrer reconnaissant à la France d'abord, qui les a données, et puis à vous MM. les collaborateurs du 21ème congrès de Montréal pour qui je les ai reçues.

Puisse la France qui a déjà reconnu d'autres dévouements et d'autres mérites, passer encore au milieu de nous et semer des palmes, des croix et des étoiles sur d'autres poitrines qui les mériteront autant et plus que nous; autant par tous les titres qui se rattachent à l'amour et au dévouement sincère à la mère-patrie, et plus que nous par les services rendus à la science, aux arts et à la langue française.

---



## DISCOURS DE M. LE DR. LESAGE.

*M. le président, mes chers confrères et amis,*

En secrétaire soucieux de la tradition, je concours pleinement dans les vues de mon président.

Cette réunion intime de collègues, de confrères et d'amis restera comme un hommage à la France en retour des honneurs qu'elle a bien voulu nous conférer jusqu'à ce jour.

En ce qui concerne notre Association Générale, je puis affirmer qu'elle l'a prise sous sa haute protection.

En effet, le nom de notre premier président général, M. le Dr. Brochu, de Québec, fut inscrit au tableau d'honneur à l'issue du premier congrès.

Le second congrès était à peine annoncé qu'elle déléguait, pour la représenter auprès de nous, un de ses maîtres les plus illustres dans la personne du professeur Pozzi.

Le dernier écho des fêtes réjouissantes qui eurent lieu à cette occasion était à peine éteint que, déjà, elle inscrivait deux autres noms sur cette page nouvelle ouverte à notre intention.

Je m'en réjouis avec vous tous, et j'aime à croire que, comme nous la France a vu, dans ce groupement des races latines en pays saxon, un but humanitaire, par conséquent, pacifique. Aussitôt, fidèle à sa mission de paix universelle, elle s'est empressée d'étendre son protectorat sur les vastes domaines — à peine explorés et accessibles à la pensée française — de ce nouvel apôtre prêchant ici ses évangiles.

Et nous voyons le distingué ministre des affaires étrangères en France, M. Delcassé — que j'appellerais volontiers le premier général de son temps par sa façon de remporter des victoires diplomatiques — encourager ce nouvel apostolat de l'idée en demandant que les insignes qui accompagnent la décoration nous fussent remis *à titre gracieux*.

C'est une confiance que M. le consul de France nous a faite. C'est l'heure des indiscrétions; je le prie de bien vouloir m'en excuser.

De fait, nous avons peu de mérite à prêcher ce nouvel apostolat; car, tout en admirant sincèrement les œuvres accom-

plies par nos confrères anglais dont l'esprit de méthode, qui les caractérise, leur permet de mener tout à bonne fin, nous nous sentons attirés irrésistiblement vers les idées françaises. La voix du sang chante encore en nous et nous en aimons le timbre.

D'autre part, nos séjours prolongés en Europe sont bien faits pour accentuer cette tendance naturelle de notre esprit.

Nous sentons que le cœur de l'univers bat quelque part par là. Tout événement considérable y a sa répercussion, de même que toute découverte importante y a presque toujours trouvé son berceau avec retentissement dans le monde entier.

Aussi, lorsqu'on a senti la morsure infiniment douce et profonde qu'imprime en nous cet esprit nouveau que l'on sent et que l'on voit presque — tant il anime les maîtres qui nous enseignent — on a peur d'en guérir tant on craint qu'il nous abandonne, *et on souhaite aux autres le bonheur qui nous arrive dans le mal dont on souffre. . . .*

Il ne faut donc plus s'étonner de nos croyances ni de nos modes de convictions : c'est pour décupler nos forces que nous avons tenté de prolonger jusqu'en ces terres lointaines le battement de ce cœur qui anime un peu tout l'univers.

Et voilà que nous y avons réussi, par un simple effort collectif, malgré les obstacles d'une circulation périphérique un peu gênée durant les premières phases de son évolution.

Nous pouvons, aujourd'hui, en saisir mieux les caractères. Si l'on a pu dire, au début, qu'il était inflammatoire — ce battement pulsatile — c'est qu'on en mesurait mal la pression. On oubliait qu'à la suite d'une débilité générale prolongée, l'affluence d'un sang nouveau s'accompagne toujours d'une réaction vive qui ne va pas sans un certain éréthisme cardiaque, avec mouvements désordonnés du poulx. Mais ces signes n'aggravent nullement le pronostic. L'avenir est assuré. Bientôt tout s'ordonne et l'on rit tout-bas de ses craintes. Notre vénérable doyen, pour qui le poulx n'a plus de mystère, s'était bien rendu compte de ces faits nouveaux ; mais il sort a voulu que, cette fois *et contre son habitude, il ait été le seul à se taire.*

Mais tout est bien qui finit bien. Il nous faut désormais regarder l'avenir et travailler d'un commun accord aux assises de notre édifice, qui sont, pour nous, les Sociétés Médicales.

“ L'ouvrier de science (a dit un délicat poète français), est  
[un tailleur de pierre.

“ Qu'il prenne son marteau, son fil et ses équerres,

“ Et ne suspende pas ses rêves au clocher

“ Aiors qu'il n'en est encore qu'à fendre le rocher.”

— Laissons à d'autres le soin de cultiver les nobles qualités de jalousie, de médisance et d'envie — dont on a dit qu'elles étaient nôtres — et tâchons de parachever dans la concorde et l'harmonie ce Temple du *solide savoir* “qu'un hasard de génie ne saurait élever d'emblée.”

Ainsi, nous aurons fait quelque chose pour la France de qui nous tenons les principes fondamentaux de notre science, et nous aurons tracé la voie à ceux qui viendront, demain, car il nous est interdit.

“ Riches d'un savoir qui leur serait utile

“ N'en faire qu'un usage infécond et futile

“ Et, vivant pour nous seuls, ne rien tenter pour eux.

C'est là le vœu général et le but de cette association à laquelle je lève mon verre.

— Avant de m'asseoir, je désire associer à cette fête le nom de notre très-sympathique ami, M. le docteur Boucher, notre impeccable trésorier. Je rends hommage à son habileté comme j'admire son esprit d'abnégation. C'est lui qui a cimenté les assises de ce bel édifice dont on admire, ce soir, la solidité.

Permettez-moi donc, en son nom comme au mien, de vous dire un cordial merci pour votre belle démonstration d'amitié.

---

# MEMOIRES

## LES SOCIÉTÉS MÉDICALES. (1)

Par le Docteur C. N. VALIN.

Agrégé, chargé du Cours d'Hygiène, Médecin dermatologiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Messieurs, permettez-moi, avant de passer à mon successeur la direction de la Société, d'attirer votre attention sur certains événements qui se sont passés durant l'année, et qui prouvent surabondamment l'utilité et la nécessité des sociétés médicales. Je désire vous montrer, en effet, qu'elles ont été, pour le corps médical, des facteurs de progrès scientifique, professionnel et social.

### PROGRÈS SCIENTIFIQUE.

Et d'abord, les sociétés médicales ont été des facteurs de progrès scientifique parce qu'elles ont créé une occasion au travail intellectuel, à l'exercice de l'observation clinique, de la parole, de la plume; parce qu'elles ont suscité l'émulation, éveillé la curiosité et l'esprit scientifique; parce qu'elles ont été des foyers alimentant et conservant le goût pour l'étude.

L'esprit comme le muscle a besoin d'exercice pour échapper à l'atrophie et à l'impuissance fonctionnelle. Or, les sociétés médicales sont des centres d'activité et d'émulation intellectuelles, en donnant à l'intelligence l'occasion de se manifester et de se perfectionner. Combien de travaux, fructueux pour ceux qui les ont faits et pour ceux qui les ont écoutés et discutés, qui n'auraient pas été entrepris sans cette sollicitation exercée par l'existence d'une société dont le but est de s'instruire réciproquement; combien d'observations intéressantes seraient à jamais perdues et restées inutiles sans cette émulation engendrée par l'exemple; enfin, combien, de fait d'entendre des observations bien faites, bien rédigées, bien exposées, a une heureuse influence sur la manière d'exercer notre profession. Notre esprit s'habitue tout naturellement à faire les choses avec plus de soin, de méthode, d'esprit scientifique; et tous ces perfectionnements dans la manière d'exercer notre profession ont pour résultats pratiques de construire une base solide à notre réputation et à notre succès. Les sociétés mé-

(1) Discours prononcé devant la Société Médicale de Montréal, à la séance d'ouverture, le mardi, 4 octobre 1904, par le Dr C. N. Valin, président sortant de charge.

dicales ont été de véritables pépinières intellectuelles qui ont cultivé l'âme et la matière de nos congrès scientifiques de Québec et de Montréal. Le succès de ces deux congrès est, sans contredit, dû en très grande partie à l'activité intellectuelle suscitée et entretenue par les diverses sociétés médicales de la province de Québec. En effet, pour se convaincre de cette vérité, on n'a qu'à parcourir la liste des noms de ceux qui ont présenté des travaux à ces congrès, et on verra que tous, à quelque exception près, sont membres d'une société médicale. Pour ma part, j'ai été frappé de ce fait que les districts où existent des sociétés médicales ont fourni des membres nombreux et actifs au dernier congrès, et au contraire, que les districts qui en sont encore malheureusement dépourvus ont été à peu près, sinon complètement nuls. Il est donc bien évident que les sociétés médicales méritent l'attention et l'encouragement du corps médical parce que, étant des centres d'émulation et d'entraînement intellectuel, elles sont utiles et nécessaires au progrès scientifique.

#### PROGRÈS PROFESSIONNEL.

Mais il y a plus, les sociétés médicales ont contribué aussi au progrès professionnel du corps médical, soit en étudiant des questions d'intérêt général, soit comme centres de ralliement des bonnes volontés éparses pour une action commune. D'ailleurs, le niveau scientifique et l'exercice professionnel est généralement parallèle au niveau scientifique, et l'exercice de notre art se ressent nécessairement du perfectionnement de nos études. Eh bien, sous ce rapport notre société n'a pas failli à son programme qui a toujours été de promouvoir le progrès professionnel en même temps que le progrès scientifique.

En effet, c'est un comité formé des membres de notre Société qui a élaboré une réforme du Bill Roddick, le rendant acceptable à la profession de notre province. C'est notre Société qui, la première, a formulé une protestation en son nom d'abord, et convoqua ensuite dans cette enceinte toute la profession du district de Montréal pour en organiser une protes-

tation générale contre le Bill Taschereau. C'est encore nous qui avons pris l'initiative de l'organisation d'un banquet annuel ayant pour but de réunir le plus grand nombre possible des membres de la grande famille médicale dans des agapes fraternelles, et de tâcher de réveiller en eux l'esprit de solidarité professionnelle qui semble exister à peine, et dont l'absence a été la cause de notre infériorité sociale.

Notre Société a donc été un centre de ralliement et de concentration des forces morales des membres de la profession du district de Montréal. Les sociétés sœurs des districts de Shefford, de Sherbrooke, de Joliette, ont aussi contribué à relever le niveau professionnel d'une façon remarquable. La Société Médicale de Shefford a fait naître une ère de paix et de concorde parmi les médecins de ce district, en codifiant et faisant signer par chacun des membres des règlements très simples, très succints, mais très efficaces à provoquer et entretenir l'esprit de corps. Elle a rédigé un tableau d'honoraires uniforme et accepté de tous les membres; cette uniformité dans les honoraires met tous les médecins sur le même pied, empêche des abus condamnables, et relève la dignité professionnelle. Nos confrères de Shefford ont fait davantage dans la voie du progrès professionnel, car ils ont étudié des questions d'intérêt général, et après une étude sérieuse ils ont émis l'opinion que le nombre des gouverneurs est trop considérable et devrait être diminué, que la représentation universitaire devrait être réduite à un seul représentant par université, que la pratique des soins gratuits aux membres des sociétés de secours mutuels est préjudiciable au corps médical et devrait être condamnée. Elle a fait plus encore, elle a prouvé son utilité sociale en rédigeant et distribuant gratuitement une petite brochure vulgarisant tous les préceptes élémentaires et fondamentaux de l'hygiène de la femme enceinte et de la première enfance, et cela dans le but d'instruire le peuple et de diminuer la mortalité infantile, qui, chez nous, est une disgrâce et un grand malheur social. Les résultats indirects de cette vulgarisation d'éléments scientifiques si importants au point de vue social sont d'une part de préparer les familles

à mieux comprendre et suivre les ordonnances des médecins dans les questions graves d'hygiène infantile, et, d'autre part, d'augmenter l'estime du public pour la profession médicale.

Messieurs, par ce simple coup d'œil sur les actes de la Société sœur de Shefford nous pouvons nous rendre compte combien grande est l'utilité d'une société médicale. Celle de Shefford a été également un facteur de progrès. J'ai appris que nos confrères de ce district sont admirablement organisés au point de vue professionnel, qu'une union parfaite règne au milieu d'eux, et que, grâce à la concentration des volontés et à l'esprit de solidarité pratique engendrés par la Société Médicale, nos confrères ont résolu, eux aussi, des problèmes qui, sans cela, seraient toujours demeurés insolubles, tels que: le haussement uniforme du tarif des honoraires, la disparition des soins gratuits aux membres des sociétés de secours mutuels, augmentation du prix d'examen pour ces sociétés, etc. La Société Médicale de Joliette aussi a coopéré à relever le niveau professionnel, car ses réunions ont provoqué des démonstrations civiques qui, certes, font grandement honneur à nos confrères de ce district, et témoignent hautement de l'estime que le public a pour la profession médicale.

Cette conquête de l'estime générale des citoyens s'explique facilement par le fait que la Société Médicale de Joliette a montré son utilité, non seulement au point de vue professionnel mais aussi social, en chargeant un de ses membres, son président, de donner une conférence publique sur "l'alcoolisme," sujet qui intéresse grandement aujourd'hui le corps social.

Donc, messieurs, les sociétés médicales ont été véritablement des facteurs de progrès professionnel, parce qu'elles ont suscité l'esprit de corps et de solidarité confraternelle, parce qu'elles ont été des conseillères utiles au Collège des gouverneurs, parce que, en concentrant et en cristallisant pour ainsi dire toutes les bonnes intentions et volontés, elles ont été des foyers de forces morales. Elles ont réagi contre l'apathie et l'indifférence des médecins vis-à-vis de leurs intérêts professionnels généraux, apathie et indifférence qui, dans le passé,

ont été la cause de notre infériorité scientifique, professionnelle et sociale.

Ça été une grave erreur chez les médecins des générations précédentes de s'isoler dans l'intérêt individuel, et d'oublier qu'ils étaient membres d'une grande famille, la profession médicale, qui, comme tout corps organique social, a ses intérêts généraux à sauvegarder. Jusqu'à ces dernières années, les médecins, insensibles et indifférents aux exemples de solidarité donnés par les autres professions, ont vécu dans un état d'apathie inconcevable et qui a été très préjudiciable au corps médical. C'est une grande erreur de croire que le médecin, une fois son diplôme payé et sa plaque de cuivre posée à la porte de sa maison, n'a plus qu'à s'occuper de sa petite affaire et de son intérêt exclusivement individuel. Il ne faut pas oublier qu'il y a réciprocité entre les intérêts individuels et les intérêts généraux, que ceux-ci affectent ceux-là. En effet, est-il complètement indifférent aux médecins que l'entrée dans la profession médicale ne soit pas surveillée, que les qualifications des nouveaux confrères soient telles qu'elles, que les étrangers viennent, sans coup férir, prendre la place des nôtres, qu'aucun contrôle ne soit exercé sur l'enseignement universitaire qui forme les générations médicales, que les intérêts généraux soient à la merci des avocats, que par manque d'esprit de corps et par défaut d'organisation nous ne puissions gérer nos propres affaires, que les improbités de nos confrères, augmentant par suite d'une concurrence déloyale ou effrénée, compromettent la dignité professionnelle et fassent baisser l'estime publique pour les médecins, que par suite de la démoralisation engendrée par la concurrence et l'absence de dignité le taux des honoraires subisse un abaissement parallèle à celui de l'estime publique, etc., etc. Il serait facile de démontrer que ces intérêts généraux ont une influence certaine sur les intérêts individuels, car c'est une loi pour tous les corps sociaux que la loi de la solidarité professionnelle. Eh! bien! les sociétés médicales ont fait beaucoup pour réveiller les médecins, secouer leur apathie, les tirer de leur individualisme, créer l'esprit de corps et retrouver la force et le progrès dans l'union fraternelle.



## PROGRÈS SOCIAL DE LA PROFESSION.

Enfin, messieurs, les sociétés médicales ont contribué à relever le niveau social de notre profession, car la position sociale du corps médical est étroitement liée à sa valeur scientifique et à sa dignité professionnelle. Mais elles ont fait davantage pour conquérir l'estime publique, elles ont appliqué la science médicale à la solution de certains problèmes qui intéressent la société entière, en un mot elles ont montré que la médecine est essentiellement humanitaire et utile à la société. Le fait est qu'actuellement, à cause des conditions nouvelles de la vie sociale, il n'y a pour ainsi dire pas un seul problème social qui ne soit doublé d'un problème d'hygiène publique. Au sein donc des sociétés médicales ont été étudiées et discutées des questions ayant un intérêt social. Je vous ai déjà mentionné ce qu'avaient fait dans ce sens les Sociétés de Shefford et de Juliette. Notre Société a manifesté aussi beaucoup d'intérêt à l'étude de ces questions. Ainsi, nous avons provoqué une étude et une discussion sur les causes de la mortalité infantile; une étude et un rapport ont été faits; en réponse à la demande d'une association de peintres de notre ville, sur la nécessité d'enlever les vieux papiers muraux avant d'en placer des neufs; une conférence, à laquelle avait été invitée notre édilité, sur les divers modes d'épuration de l'eau potable pour l'approvisionnement des villes. Je vous rappellerai, messieurs, que cette conférence avait une portée éminemment utile à la société puisque, alors plus que jamais, vu la mauvaise qualité de l'eau que nous buvions à Montréal, le problème d'un approvisionnement d'eau convenable s'imposait et demandait une prompt solution. En cette occasion la Société a eu l'honneur, non-seulement de voir ici présent M. Laporte, dans le temps président du Comité des Finances et aujourd'hui maire de Montréal, mais aussi d'avoir joué le rôle de corps consultatif et d'avoir été utile à notre ville, car les conclusions et les suggestions du conférencier ont été prises en sérieuse considération et ont contribué pour une large part à amener une solution pratique du problème. En effet, à peine

quelques semaines après cette conférence, nous avons appris le départ de M. Janin, surintendant de l'aqueduc, qui allait étudier aux États-Unis, le mode d'installation et de fonctionnement des filtres d'Albany et autres villes que j'avais signalées; puis, nous avons lu un rapport de cet ingénieur sur le coût approximatif pour l'installation de filtres dans notre ville; enfin, dernièrement, le Comité d'hygiène appropriait une somme de trois mille dollars à l'exécution d'une série d'analyses bactériologiques et chimiques de notre eau répétées tous les quinze ou trente jours pendant une période comprenant les quatre saisons de l'année. Or, messieurs, tous ces faits, si importants pour les citoyens de Montréal, découlent de ma conférence donnée devant notre Société. Il est évident qu'en prêtant ainsi le concours de la science à la solution de problèmes qui intéressent le public nous augmenterons de plus en plus l'estime que celui-ci a pour la profession médicale.

Je crois, messieurs, vous avoir prouvé suffisamment par cet aperçu sommaire des progrès accomplis par notre Société et les sociétés médicales sœurs, qu'elles méritent un loyal encouragement de tous les médecins afin qu'elles se développent encore et se consolident parce qu'elles ont été, surtout dans ces deux dernières années, des foyers de concentration de forces intellectuelles et morales, des centres de ralliement et des points d'appui pour l'action commune. Nous pouvons juger par ces constatations, messieurs, de l'importance des sociétés médicales et de quel grand secours elles peuvent être dans le cas où une action d'ensemble est nécessaire pour la défense de nos intérêts menacés. La force est dans l'union. Or, n'y aurait-il pas avantage à créer des liens de réciprocité entre les diverses sociétés médicales de la province, et cela en échangeant, une fois par an, des visites faites par des délégués de chaque société? C'est une suggestion que je me permets de faire et qui, je crois, mérite considération de la part du nouveau bureau.

Et, mais, nous avons déjà commencé pour ainsi dire ce mouvement de correspondance amicale entre sociétés en invitant

le Dr. Coyteux Prévost, président de la Société Médicale d'Ottawa, à venir nous donner une conférence, qui, vous vous en souvenez, a réuni dans cette enceinte la plus grande assistance que nous n'ayions jamais vue antérieurement. Nous avons eu aussi l'idée d'inviter un confrère de la Société de Québec, mais des circonstances spéciales nous ont fait remettre à plus tard cette deuxième invitation. Je crois qu'il serait très avantageux de continuer ce mouvement né dans notre Société.

Il ne me reste plus, messieurs, qu'à vous remercier encore une fois, bien cordialement, de l'honneur très grand que vous m'avez fait en m'élevant à la présidence de la Société Médicale de Montréal. J'ai fait de mon mieux afin de correspondre à votre attente, et tout ce qui était possible de faire pour promouvoir les intérêts de notre Société. Je me flatte d'avoir réussi. Vous avez pu vous rendre compte par le rapport du secrétaire que l'année a été bonne, et, j'oserais même dire, excellente, malgré les conditions défavorables créées par la prévision du congrès qui absorbait le temps et l'attention de la plupart de nos membres qui fournissent la matière de nos séances. Cependant, je m'empresse de dire que je ne m'attribue pas tout le mérite de ce succès, car, je dois dire, en justice pour mes collègues du bureau de direction, qu'ils m'ont loyalement aidé dans la gestion des affaires de la Société et partagé avec moi les responsabilités. Enfin, je dois aussi remercier ceux qui ont fourni des travaux, car bien que le travail comporte par lui-même une récompense dans la satisfaction d'être utile à soi-même et aux autres, ils nous ont tout de même tiré quelquefois d'embarras au sujet de la confection du programme de nos séances, en répondant toujours cordialement à notre demande, donnant ainsi la preuve d'un dévouement sincère envers notre Société. Encore une fois, merci à tous.

---

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE.—TRAITEMENT PAR LA  
MÉTHODE DE LORENZ. (1)

(Rapport de cas, présentation de malades.)

Par AMÉDÉE MARIEN,  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Il y a quelques dix années, les luxations congénitales de la hanche, qui comptent au nombre des plus fréquentes parmi les malformations congénitales, étaient traitées, dans le monde entier, comme maladies incurables.

Les chirurgiens, découragés du peu de résultats obtenus par les diverses méthodes de traitement, connues alors, considéraient les malades atteints de luxations congénitales de la hanche comme des infirmes, auxquels on ne pouvait porter aucun secours.

“Les premières tentatives thérapeutiques, écrit le Professeur Kirmisson, s'étaient produites en France; puis par une évolution dont l'histoire de la chirurgie nous offre plus d'un exemple, la question fut laissée de côté dans notre pays. Pour que l'attention fût de nouveau rappelée sur elle, il a fallu les travaux modernes exécutés à l'étranger, et en particulier ceux de Hoffa, de Pacci et de Lorenz.”

Aujourd'hui la question est à l'étude de tous côtés, et déjà la méthode de réduction non-sanglante, du Professeur Lorenz, compte, dans tous les pays de nombreux et brillants succès. Cette méthode, qui est scientifiquement basée sur les données fournies par l'anatomie pathologique, se fait en plusieurs temps.

Il y a un an et quelques mois, le 29 janvier 1903, je réussis, pour la première fois, à réduire par la méthode de Lorenz, une luxation congénitale de la hanche.

J'ai l'honneur de vous présenter cette observation, et ma petite malade. Il s'agit d'une fillette, Régina H..., âgée de 5 ans, atteinte d'une double luxation congénitale de la hanche, caractérisée par une ascension considérable des têtes fémorales dans les fosses iliaques externes. L'enfant avait une claudication considérable, elle marchait péniblement en se dandi-

(1) Communication au Congrès des Médecins de langue française en juin 1904.

nant, en se balançant; elle avait bien la démarche caractéristique *en canard*.



Malade immobilisée dans l'appareil plâtré, après la réduction des luxations congénitales des hanches.

Le raccourcissement était de 3 centimètres du côté gauche et de  $3\frac{1}{2}$  du côté droit, elle avait aussi une ensellure très marquée.

Le 29 janvier 1903, après anesthésie au chloroforme, on pratiqua les manœuvres suivantes: la cuisse étant fléchie à an-

gle droit, perpendiculairement à l'axe du corps on exerce une vigoureuse traction sur le fémur, ensuite on fait exécuter un mouvement forcé d'abduction qu'on étend jusqu'à environ 95 degrés.

Cette abduction de la cuisse fléchie est le temps le plus important de l'opération. On l'exécute avec prudence et graduellement, afin d'éviter la production d'une fracture du col du fémur; cependant, il faut employer beaucoup de force, sans trop de violence, jusqu'à ce que l'on sente—on a pu même l'entendre à distance dans notre cas—surtout du côté droit, un craquement, qui est l'indice d'une déchirure de la capsule, au niveau de sa portion artéro-supérieure; alors l'on combine un mouvement de rotation en dehors à celui de l'abduction forcée. Tandis qu'une main exerce une abduction énergique en employant une force graduée, l'autre main saisit le col du fémur, et par conséquent la tête fémorale, la guide et la soutient le long de la face externe de l'os iliaque, du côté de l'arête postérieure du cotyle, afin de forcer cette tête au saut final en avant de la crête supéro-postérieure du cotyle. A ce moment il se produit un brusque ressaut accompagné d'un bruit perceptible. La cuisse est devenue plus longue de 3 centimètres et la tête fémorale se trouve dans le pli inguinal au-dessous de l'éminence ilio-pubienne.

La réduction de la luxation du côté gauche se fait avec assez de facilité, mais ce n'est qu'après beaucoup de travail que la tête fémorale du côté droit franchit l'arête postérieure du cotyle.

Les deux membres inférieurs sont alors immobilisés dans un appareil plâtré inamovible, qui s'étend des épines iliaques antéro-supérieures jusqu'au-dessous des genoux. Les membres sont placés dans une abduction formant un angle presque droit et maintenus en extension forcée par des poids de 5 livres chacun.

L'appareil plâtré est renouvelé le 19 février et le 24 mars 1903, pour être enlevé définitivement et remplacé vers le milieu de mai, par un appareil de cuir moulé permettant la marche. L'ensellure a complètement disparu.

En juin 1903, lors du passage du Professeur Lorenz à Montréal, j'eus l'honneur de lui présenter ma malade. Il constata que les têtes fémorales n'étaient pas encore assez solidement fixées dans leur nouvelle position, et me conseilla de les remettre à nouveau dans un appareil plâtré et de les immobiliser encore pendant 10 à 12 mois en flexion et en abduction forcées à angle droit.

Le 30 juin, en présence de sir W. Hingston et de M. le docteur Archibald, chirurgien de l'hôpital Victoria, à qui je fis constater (le malade étant sous chloroforme) la parfaite réduction, ou plutôt la reposition de la tête fémorale au niveau de la cavité cotyloïde, j'immobilisai ma malade, avec le concours de ces messieurs, dans un nouvel appareil plâtré, suivant la nouvelle méthode du Prof. Lorenz, tel qu'il venait de le démontrer à Montréal.

En août, le 25, le plâtre est renouvelé, dans la même position horizontale.

Le 9 janvier 1904, l'appareil plâtré est refait dans la position réduite à 45°.

Le 9 avril 1904, l'appareil plâtré du 9 janvier est enlevé et remplacé par un autre dans la position verticale.

Déjà avec ces deux appareils, l'enfant avait pu marcher d'une façon bizarre, il est vrai, mais qui favorise l'adaptation des nouveaux rapports articulaires. Dans la position verticale elle peut marcher très facilement.

Pendant ces divers temps de l'immobilisation, l'enfant a toujours été très-bien portante et n'a pas souffert, sauf les trois à quatre premiers jours qui ont suivi les premières immobilisations. Elle s'est bien développée et a beaucoup grandi.

Mai, le 29, le dernier plâtre est enlevé définitivement, et l'on constate que les deux têtes fémorales sont solidement fixées en bonne place.

Il existe de la raideur articulaire et un peu d'éversion des membres en dehors, ce qui se corrigera facilement par le massage méthodique et l'exercice de la marche.

Le 28 mai, après avoir laissé marcher l'enfant depuis le 9, et

lui avoir fait du massage quotidien, un nouvel appareil plâtré est appliqué, pour corriger la rotation du membre en dehors; cet appareil descend jusqu'au-dessous des genoux et immobilise complètement, en position verticale, les deux membres inférieurs.

Cet appareil a été enlevé hier, et il nous reste maintenant à combattre, par le massage et l'exercice, la raideur musculaire des muscles fléchisseurs et abducteurs de la cuisse.

Comme vous pouvez le constater, les têtes fémorales sont solidement fixées dans la position normale, il n'y a pas de raideur dans les mouvements d'adduction, d'abduction, ni de rotation de l'articulation coxo-fémorale.

La malade présente encore de la gêne ou plutôt de la difficulté dans la marche, mais il est facile de se rendre compte que tout vient des muscles fléchisseurs de la cuisse qui sont enraidis et qui se contractent difficilement, et que, pour faire un pas, la malade est obligée de projeter la jambe en avant: cette raideur musculaire disparaîtra avec le massage; et le traitement post-opératoire prolongé durant quelques mois, assurera à ma petite malade une guérison complète.

(<sup>1</sup>) N.B.—Six mois après cette communication faite au Congrès des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord, je suis bien aise de représenter ma malade à la Société Médicale de Montréal. Il est facile de se rendre compte des résultats obtenus par le traitement de Lorenz. Le résultat anatomique semble parfait. En effet, la tête du fémur est fixée en bonne place dans une nouvelle cavité cotyloïde; on peut la sentir très bien des deux côtés, en arrière de l'artère fémorale, en faisant exécuter des mouvements de rotation.

Les grands trochanters sont dans la ligne de Nelaton.

Enfin les résultats fonctionnels sont excellents: le déhanchement n'existe plus à cause de la stabilité de la hanche, tous les mouvements s'exécutent normalement et l'ensellure a disparu.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, 6 décembre 1904.



**OBSERVATION D'UN CAS DE GANGRENE PULMONAIRE, SURVENUE  
A LA SUITE DE CHLOROFORMISATION POUR OPERATION  
DENTAIRE. (1)**

Par le Dr L.-J.-V. CLÉROUX

Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.

---

Mme. B., âgée de trente-quatre ans, bien constituée, a eu les fièvres typhoïdes à quatorze ans, et de la chloro-anémie, de dix-sept ans à dix-huit ans.—Menstruée à seize ans, et mariée à vingt-deux, elle a eu sept enfants, dont deux sont morts en bas-âge, et le dernier, qu'elle allaitait au début de sa maladie, était âgé de cinq mois. Ses couches ont toujours été normales,— et il n'y a pas chez elle d'histoire de syphilis.

Son père, âgé de soixante-trois ans, est robuste, sa mère est morte à soixante-quatre ans, de tuberculose pulmonaire; un de ses frères a succombé à la même maladie à vingt-deux ans, un autre est bien portant, mais ses trois sœurs sont faibles; quatre frères et sœurs sont morts en bas âge.

Le 2 avril 1904, alors qu'elle est en bonne santé, on l'anesthésie avec un mélange à parties égales de chloroforme, d'éther et d'alcool, pour l'extraction de dix-sept dents; la chloroformisation dure vingt minutes. Les gencives guérissent rapidement, sans infection locale apparente.

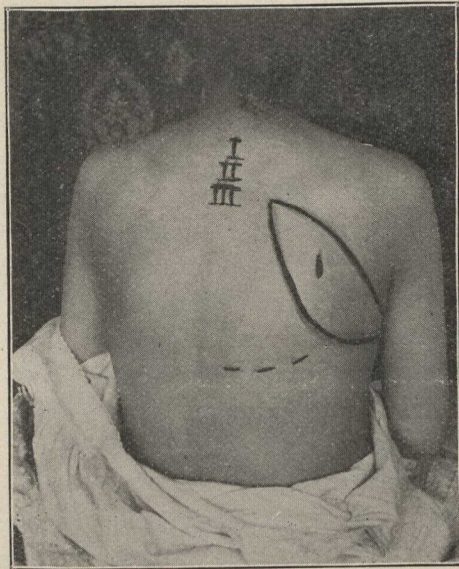
Elle se sent très bien durant les deux jours qui suivent la chloroformisation. Le 4 au matin, elle éprouve du malaise général, de la céphalalgie avec faiblesse et inappétence; ces symptômes persistent les jours suivants.—Nous la voyons la sixième journée de sa maladie, c'est-à-dire le 9. Son apparence extérieure est bonne; elle est alitée, mais se lève fréquemment. Depuis quarante-huit heures, elle ressent un léger point de côté à droite et en arrière, et tousse un peu; l'expectoration rare et muqueuse a pris, le matin, le caractère pneumonique. La température est à 103°4, le pouls 112, la respiration 34.—A l'examen des poumons, on constate à droite au bord inférieur de l'omoplate, une zone de submatité bien limitée, qui couvre une étendue ovulaire de 7 c.m. par 4

(1) Communication au deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, et à la Société Médicale de Montréal.

c.m., où l'on entend quelques râles crépitants. Le cœur est sain, l'urine pèse 1008, et contient des traces d'albumine.

Le 10, à 10 heures a.m., température  $104^{\circ}$ , et  $103^{\circ}.3$  à 8 p. m., pouls, 112, respiration 38. La matité se prononce davantage, et la région des râles s'étend vers la base du poumon.

La température, le pouls et la respiration restent à peu près dans le même état jusqu'au 12, neuvième jour de maladie. Alors survient une vomique: la malade expectore avec abon-



Zône de matité au deuxième jour après la production de la vomique,

dance, un liquide brun foncé, contenant des particules solides noirâtres, et exhalant une odeur extrêmement fétide. La quantité rejetée pendant la première heure est de 250 grammes. Ce liquide, recueilli dans un vase dépose en trois couches: la première ou superficielle, mousseuse; la seconde visqueuse, et la troisième purulente.

L'auscultation du poumon, à ce moment, permet d'entendre un souffle amphorique à la zone de matité, et autour de cette zone, des râles humides fins, du souffle bronchique et des frottements pleuraux.

La température s'abaisse de un à deux degrés; elle oscille chaque jour et à plusieurs reprises, entre 101° et 103°, suivant que l'expectoration s'accroît ou diminue, c'est-à-dire suivant que la caverne est plus ou moins remplie; le pouls tombe à 100 et 106 pulsations, la respiration varie entre 38 et 42. — L'expectoration se fait par intermittence; le liquide est de même nature et la quantité expectorée chaque jour est d'environ 160 gm. La malade, relativement forte encore, s'affaiblit graduellement dans la suite.

La pneumotomie proposée antérieurement à la malade dans une consultation avec les docteurs Dubé et Barry — est enfin acceptée le 22, dix-neuvième jour de maladie, le onzième jour après la production de la vomique.

L'opération est pratiquée par Amédée Marien, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. "L'anesthésie chloroformique cause quelques accès de suffocation, mais est assez bien tolérée. Une incision, en forme de fer à cheval, à concavité supérieure, et longue d'environ 15 centimètres, est faite au niveau des 6°, 7° et 8° côtes, vers la ligne axillaire; elle permet de réséquer les 7° et 8° côtes sur une longueur de six centimètres, un peu en arrière de la ligne axillaire. La plèvre apparaît dans toute l'étendue de cette brèche osseuse avec les caractères suivants: elle est tendue, luisante et d'une coloration rouge brun foncé; elle est épaissie et les deux feuillets sont intimement adhérents. Une ponction faite avec la pointe du bistouri laisse échapper un liquide noirâtre et d'une odeur infecte. Une large incision curviligne, dans toute l'étendue de la plaie permet de découvrir le foyer de gangrène qui pénètre profondément dans le parenchyme pulmonaire. Ce foyer, du volume d'un poing d'adulte, est rempli d'un liquide noirâtre et putride, par des caillots et des débris de poumon sphacélé.

A l'aide des deux doigts, de tampons et de pinces introduites dans la caverne, on réussit à enlever les détritiques qui l'encombrent, à détruire des cloisons qui forment des clapiers, et à ouvrir d'autres petits foyers de gangrène dans la cavité principale. Pas de lavage, mais un bon drainage à l'aide d'un gros tube de caoutchouc, avec paquetage pas très serré, mais

suffisant pour contrôler l'hémorragie pulmonaire qui résulte du curage de la caverne."

La température tombe à la normale douze heures après l'opération; les jours suivants, elle oscille entre 98-101-102; le pouls s'accélère, bat 110 à 120 puls.; la respiration, moins rapide qu'avant l'opération, varie entre 28 et 32. L'expectoration diminue, perd sa fétidité au troisième jour de l'intervention opératoire. Un liquide putride et abondant s'écoule par la plaie, et une portion sphacélée du poumon s'y présente le quatrième jour après l'opération; elle en est extraite par simple traction, et pèse trente-six grammes.

Enfin la malade continue à s'affaiblir. Le pouls s'accélère, bat 130, 136 pulsations à la minute durant les quatre derniers jours, et elle meurt le 10 mai, 28<sup>e</sup> jour de maladie, 10<sup>e</sup> jour après l'opération.

*A l'autopsie*, on trouve des adhérences légères à la partie antérieure du poumon malade; elles sont de plus en plus résistantes en allant vers la base, vers la partie postérieure, et à mesure qu'on approche de l'abcès.

Extrait du thorax, ce poumon présente une eschare sanieuse de couleur gris noirâtre, s'étendant de un centimètre au-dessus de la scissure interlobaire à sept centimètres vers le bas sur une largeur de six c. m., et une profondeur de un à deux c. m. La partie du poumon qui entoure l'ulcère est hépatisée dans une étendue de deux centimètres et plus. Le sommet, libre d'adhérences ne présente aucune trace de tuberculose; il diffère en ceci du sommet de l'autre poumon, qui adhère à la paroi, et qui contient quelques granulations calcaires.

Le cœur est normal, ainsi que la rate. Le foie est un peu gros et congestionné; les reins sont pâles et mous, et la capsule légèrement adhérente.

L'examen bactériologique de la matière expectorée, fait antérieurement, avait démontré la présence de nombreux streptocoques, de quelques staphylocoques, et de tétrogènes; il n'y avait pas de bacilles de Koch. Cet examen, fait sommairement, ne peut renseigner sur la flore de ce cas de gangrène pulmonaire.

\* \* \*

La gangrène pulmonaire n'est pas une maladie spécifique, elle résulte de l'arrivée au poumon des ferments de la putréfaction, avec l'air inspiré ou par la voie sanguine. Rarement primitive, elle est généralement secondaire à une affection du poumon ou à une infection éloignée, atteignant le poumon par embolie.— Chez notre malade l'infection s'est faite par la voie aérienne, et le mode de production de la gangrène semble être celui-ci: l'inhalation des vapeurs d'éther et de chloroforme, en congestionnant le poumon, aurait diminué sa résistance à l'infection qui se serait produite durant l'anesthésie même, par la pénétration dans les bronches de matières septiques provenant de la carie dentaire.

La chloroformisation a déjà été signalée comme cause de la gangrène pulmonaire. Sur vingt-deux cas observés par Talma, deux furent attribués à la chloroformisation.

Le peu de temps écoulé entre l'extraction des dents et le début de la gangrène pulmonaire, ainsi que l'absence de réaction inflammatoire prononcée aux gencives, rendent peu vraisemblable la supposition que la maladie ait pu se propager des gencives au poumon par embolie ou par lymphangite.—L'otite chronique, mise en évidence par Guillemot, (1) comme cause fréquente de gangrène pulmonaire, ne doit pas nous arrêter, notre malade n'ayant jamais souffert des oreilles.

Dans la symptomatologie de ce cas, on doit remarquer que les phénomènes du début ont été ceux des pyrexies générales, sans symptômes subjectifs attirant l'attention du côté du poumon; la toux et le point de côté ne sont apparus qu'au quatrième jour de la maladie. Ces symptômes se manifestent généralement chez l'adulte dès le début de la gangrène pulmonaire.

Le diagnostic de la gangrène pulmonaire ordinairement impossible avant l'ouverture de la caverne dans les bronches devient facile après, par la fétidité de l'haleine, et les caractères spéciaux de l'expectoration.— La détermination du siège

(1) *Thèse de Paris, 1860.*

de la lésion et du nombre des foyers est importante au double point de vue du pronostic et de l'indication opératoire, mais elle est souvent difficile, quelquefois même impossible. La lésion peut paraître superficielle, alors qu'elle est profonde, lorsqu'une lame de tissu sclérosé l'unit à la paroi thoracique (Tuffier) : les bruits pulmonaires se renforçoient par leur passage dans le tissu dense et semblent se produire sous l'oreille. Si la lésion occupe le segment du poumon supérieur au hile, elle paraît plus basse, et le contraire a lieu, si elle siège dans le segment inférieur ; la cause réside dans le fait que les bruits stéthoscopiques se propagent le long des bronches dans le sens du courant d'air inspiré.

La nécessité de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire est admise, mais les circonstances dans lesquelles la chirurgie doit intervenir, forment un sujet d'étude trop considérable pour prendre place ici. Nous dirons seulement pour justifier l'opération pratiquée chez notre malade que, suivant l'enseignement de Tuffier, (1) ce cas présentait les principales indications opératoires : gangrène primitive, à foyer unique, superficiel, bien limité, avec adhérences pleurales. La cause de l'insuccès réside dans le retard apporté à l'opération ; la mort a été le fait de l'infection trop longtemps prolongée.

(1) Congrès de Moscou, 1897.

M. Aufray a publié dans la *Presse Médicale* deux articles importants sur l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire. Voir les Nos 56, 58 1904. — Note de la R.

## UN CAS DE DEPLACEMENT DU CŒUR. (1)

Par le Dr J.-E. DUBÉ,

Agrège, Docteur en Médecine de l'Université de Paris  
Vice-président de la " Canadian Medical Association "

ET

Le Dr E.-G. ASSELIN,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le malade qui fait le sujet de cette communication m'a été adressé par mon ami Asselin, et comme son observation offre quelques points intéressants, nous vous demandons la permission de vous le présenter :

Obs. :—Agé de 32 ans et marié, ce jeune homme est d'origine espagnole, et cigarier de son métier. Né à Cuba, il a encore son père et sa mère, un frère et une sœur.

A l'âge de 16 ans, il eut la fièvre jaune. Il en fut très malade et se rappelle avoir vomi du sang en grande quantité. Il ne se rappelle pas avoir eu ni entendu dire qu'il avait eu des complications du côté des poumons ou du cœur au cours de sa fièvre. Il pèse  $123\frac{1}{4}$  livres, mesure 5,  $5\frac{1}{4}$  pieds de haut. Tous ses organes sont en excellent état, sauf le cœur qui est fortement dévié à droite. Sa température est normale et son pouls donne 88 pulsations à la minute.

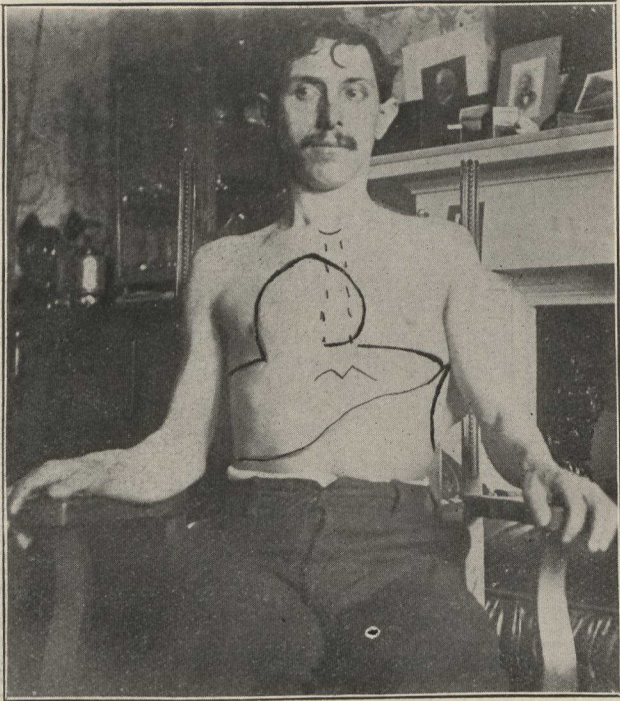
Le foie, qui fonctionne normalement, est cependant augmenté de volume ; il mesure 16 centimètres dans la ligne mammaire. La rate, comme vous pouvez vous en rendre compte par la photographie, est également hypertrophiée ; le grand axe mesure 18 centimètres, et le petit axe  $12\frac{1}{2}$  centimètres.

Le cœur, dévié à droite, et sans lésion valvulaire, est augmenté en superficie ; il mesure  $13\frac{1}{2}$  centimètres par 13 centimètres. L'oreillette droite passe par le mamelon droit, et la pointe dépasse de 2 centimètres le bord gauche du sternum. La base remonte au bord inférieur de la deuxième côte du côté droit. Dans le troisième espace intercostal droit, à quelques centimètres du sternum, on voit un soulèvement isochrone au pouls. Cette pulsation se sent très bien au doigt, et correspond au battement de l'aorte probablement. Du côté gauche, la sonorité du poumon s'étend à toute la région occupée normalement par le cœur.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 28 nov. 1904.



Cet homme se porte à merveille, et c'est par pur hasard que mon ami Asselin en a entendu parler.



DEXTROCARDIE.

Quelle est la cause de ce déplacement du cœur?

C'est ce que nous avons recherché, et nous venons vous faire part de nos hésitations sur l'origine de ce déplacement assez remarquable du cœur.

Comme nous avons dit plus haut, le côté gauche de la poitrine est sonore partout, sauf à la partie occupée par le lobe gauche du foie et, par la rate. Donc, pas d'épanchement, ancien ou récent, apyrétique capable de refouler le cœur à droite.

Nous ne croyons pas non plus qu'il s'agisse d'un cas de dextrocardie congénitale, parce que, alors il y a transposition de tous les organes. Or, chez notre malade, le foie est à droite et la rate est à gauche.



Il est vrai que Byron, Bramwell et Samson ont rapporté chacun un cas de dextrocardie avec foie à droite, et où le cœur était le seul organe transposé. Cependant dans la presque totalité des cas, le foie est à gauche. Il y a en plus chez notre malade, la forme de la matité, avec le caractère de la pulsation qui se perçoit au troisième espace, qui nous prouve que le cœur est simplement refoulé à droite. La pointe du cœur n'est pas dirigée vers le mamelon droit comme dans la dextrocardie, mais bien vers le mamelon gauche comme chez tout le monde, avec cette différence qu'elle est refoulée presque sous le sternum.

Le cœur est encore refoulé à droite dans les grands épanchements de la plèvre gauche. Notre malade n'en souffre pas et ne croit pas en avoir jamais souffert.

Voyons cependant ce qui se passe au cours d'une pleurésie gauche.

Le grand *épanchement pleural* se comporte vis-à-vis du cœur d'une façon différente, suivant qu'il siège à droite ou à gauche. La pleurésie droite n'a pas ou a très peu d'influence sur le cœur.

Dans la pleurésie gauche le cœur peut être très fortement déplacé suivant la plus ou moins grande abondance du liquide épanché. "Bamberger a montré que le cœur ne se déplace pas par rapport aux gros vaisseaux auxquels il est suspendu, qu'il ne subit pas, dans la partie inférieure de son axe vertical une rotation de gauche à droite. Preuves anatomiques en main, il a fait voir que le refoulement portait sur la totalité de l'organe sans rotation d'aucune sorte."

Raymond et Devic ont contrôlé le fait et se sont assuré que dans le déplacement du cœur vers la droite, la portion animée de pulsations correspond à la base droite, le cœur conservant à peu près sa position habituelle, mais ne donnant que peu ou pas d'impulsion au niveau de la pointe. C'est absolument ce que nous observons chez le malade que nous avons examiné: pas de pulsations à la pointe, et mouvement de la paroi palpable et même visible au niveau de la base, à droite du sternum.

M. Bord, dans *le Lyon médical*, a proposé récemment une interprétation analogue, et indique qu'on pouvait distinguer le déplacement du cœur consécutif à un épanchement pleural d'avec la dextrocardie congénitale. Dans le premier cas, la pointe battraît derrière le sternum, tandis que, dans le second, la pointe et la base seraient senties à droite de cet os.

Le cœur refoulé à droite par un épanchement considérable de la plèvre gauche, ne revient pas immédiatement occuper sa position normale lorsqu'on a enlevé une partie du liquide. Le retour du cœur ne s'opère que d'une façon graduelle et incomplète! Presque toujours l'ectopie du cœur persiste, à un degré plus ou moins marqué, du fait des adhérences que l'organe et son enveloppe ont contractées avec la région où ils ont été refoulés. (Traité de Pathologie générale.)

Le pneumothorax gauche déplace le cœur à droite, or notre malade n'a pas de pneumothorax du tout; ses poumons sont parfaitement sains. L'anévrysme de l'aorte peut amener un changement de position du cœur, mais jamais autant que chez notre patient, et de plus, l'anévrysme présente toujours d'autres symptômes que nous ne trouvons pas chez lui. Une rate énorme pousse quelquefois le cœur à droite, ici la rate n'est pas assez grosse.

Le cœur est quelquefois attiré et fixé à droite par une transformation fibreuse du poumon droit qui se rétracte. Dans ces cas, le poumon gauche se distend et s'allonge pour remplir l'espace laissé vide.

Nous ne trouvons aucune cause qui aurait pu produire, chez notre malade, une sclérose de son poumon droit.

La fièvre jaune qui a été grave chez lui, puisqu'il se rappelle avoir eu du vomito negro, ne se compique pas d'affections pulmonaires d'après les auteurs.

Nous avouons bien sincèrement que nous sommes à court pour expliquer cette transposition du cœur à droite chez notre malade.

S'il s'agit d'une affection congénitale, la solution est toute trouvée, mais il nous semble que nous aurions, dans ce cas, les pulsations de la pointe du cœur près du mamelon du côté

droit, de même la matité cardiaque présenterait une toute autre apparence.

Il ne reste que la probabilité d'une maladie du poumon ou de la plèvre qui serait survenue à un âge si peu avancé, que le malade ne s'en rappelle pas, et qui aurait provoqué, par adhérences ou autrement, le déplacement du cœur que l'on constate aujourd'hui.

---

#### WILSON'S INVALIDS' PORT WINE

Ce vin est à base de *quinquina* dont les propriétés toniques et fébrifuges sont bien connues.

Le vin employé à sa préparation est importé spécialement d'une des meilleures maisons du Portugal. Il est d'une pureté absolue et il possède des propriétés médicales qui le recommandent à notre attention chez les personnes qui ont perdu l'appétit, soit à la suite d'une maladie longue, soit par surménagement.

## UN CAS DE CHOLECYSTITE CALCULEUSE.

Par le Dr O.-F. MERCIER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

Président de la Société Médicale de Montréal.

La malade dont il s'agit, Madame N. S. . . . , est entrée à l'hôpital le 18 octobre dernier, et a été opérée le 2 novembre courant.

Agée de 42 ans, elle a une histoire personnelle assez intéressante: vous allez voir. Elle a eu onze enfants, ou plutôt onze grossesses, car les trois dernières n'ont pas été conduites à terme. La dernière de ses fausses couches l'a laissée avec de la métrorrhagie, qui a duré plus de deux mois, c'était en février dernier.

Autrefois, à l'âge de 7 ou 8 ans, elle a eu une assez forte attaque de jaunisse qui s'est répétée vers l'âge de vingt et un ans. Depuis, elle n'a jamais souffert de son foie ni de sa digestion jusqu'à il y a deux ans, alors que cette dernière est devenue un peu plus difficile, la dyspepsie se manifestant par des malaises mal définis, des gaz, de la constipation, sensation de gonflement de l'estomac.

Elle accuse avoir eu à deux reprises différentes, à la suite de repas un peu trop copieux des douleurs considérables du côté de son estomac, se manifestant surtout par des étouffements qui, d'ailleurs, chaque fois se passèrent assez rapidement.

Ces ennuis plus ou moins permanents et plus ou moins violents durèrent donc depuis près de deux ans, lorsque, dans le cours de l'été dernier, après une journée où elle avait été plus mal à l'aise que d'habitude, subitement le soir, en vidant une chaudière de lait, elle fut prise de douleurs aiguës et très intenses du côté de l'estomac et se portant au maximum du côté du rein droit. Ces douleurs, accompagnées de vomissements, augmentèrent pendant deux jours. Le médecin de famille, alors appelé, diagnostiqua appendicite, et administra à la malade une injection de morphine avec l'effet voulu: diminution immédiate de la douleur qui, d'ailleurs, continua à diminuer graduellement pour devenir ce qu'elle est à son entrée à l'hô-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 28 novembre 1904.

pital. A part les deux attaques d'autrefois la malade n'a jamais eu de jaunisse, pas la moindre trace, ni avant ni pendant, ni après cette crise du 2 juillet dernier. Elle fut alors treize jours au lit, et comme je l'ai dit plus haut, fut traitée pour une appendicite. Ce même soir du 2 juillet, en se palpant, elle s'était aperçu de l'existence d'une tumeur à son côté droit.

Depuis ce temps elle se sent faible et a quelques douleurs dans les reins, le creux de l'estomac et au niveau des fausses côtes du côté droit. Ces douleurs qui, cependant ne sont pas très fortes, l'empêchent de se coucher du côté gauche, à cause des tiraillements qu'elle ressent quand elle essaie de se coucher de ce côté.

Du côté de sa miction il y a aussi quelques troubles, à certains moments il y a diminution considérable dans la quantité des urines passées, et à certains autres moments il y a augmentation. L'analyse des urines nous donne quelques leucocytes, des épithéliums, des bactéries, des traces d'albumine, probablement albumine du pus, des carbonates et des cristaux de phosphates ammoniacaux magnésiens en quantité. Densité 1024, couleur jaune citron, aspect opaque, dépôt généralement alcalin et odeur anormale.

A l'examen, je trouve une masse considérable au côté droit, masse pas ou peu douloureuse à la pression, dépassant de quatre travers de doigts le rebord des fausses côtes, le foie ne remonte pas plus haut qu'à la normale, et cette tumeur que je saisis au palper bimanuel me donne lors de mon premier examen, et ce nettement, la sensation de ballottement renal. Je dois dire que ce n'est que depuis son opération que la malade s'est rappelé avoir eu la jaunisse il y a vingt ans et trente-cinq ans.

Aussi, je ne pus établir fermement mon diagnostic et je penche pour de l'hydronéphose, avec lithiase rénale, ou peut-être lithiase biliaire, me réservant un nouvel examen sans le chloroforme au moment de l'opération, me proposant de passer par en avant ou par en arrière, suivant le résultat de ce dernier examen.

La malade a une apparence générale assez bonne, teint ex-

cellent, pouls toujours normal et température à 99 le soir et 98° le matin, ayant cependant à deux ou trois reprises atteint le chiffre 100°. Les selles sont régulières, spontanées et de coloration normale.

Je fis l'opération le 2 novembre, et de suite au premier palper sous chloroforme je pus facilement établir qu'il s'agissait du foie et non du rein. Je fis en conséquence mon incision sur le côté externe du droit de l'abdomen, et je trouvai de suite le foie abaissé, la vésicule biliaire remplie, dure, et accolée par des adhérences solides au bord postérieur du foie.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Je fis enlever le drain de la cavité abdominale au 5e jour, et le tube de la vésicule biliaire au dixième jour. Aujourd'hui la malade est presque complètement guérie. Le drainage péritonéal est depuis longtemps tari et la vésicule ne donne presque plus.

L'écoulement de bile par la vésicule n'a jamais été bien considérable, assez cependant pour établir que le canal cystique est perméable. Les douleurs dont la malade se plaignait sont presque complètement disparues, il n'y a plus la moindre fièvre, et l'appétit et la digestion sont revenus à l'état normal.

J'ai rapporté cette observation, messieurs, surtout pour illustrer une fois de plus combien, quelquefois, dans la lithiase biliaire, le diagnostic est difficile; combien souvent, des calculs volumineux et nombreux peuvent exister pendant plusieurs années sans donner de signes manifestes de leur présence.

J'ai déjà rapporté, ici même, deux cas à peu près semblables: un il y a deux ans, et un autre l'an dernier, où il y eut rupture des voies biliaires.

Dans chacun de ces cas il y eut absence de symptômes biliaires, et il ne me fut possible d'opérer que sur des probabilités.

La chirurgie des voies biliaires est devenue tout à fait courante, et les succès qu'elle comporte ne se comptent plus. A nous, médecins, de ne pas l'oublier et d'en faire bénéficier nos malades.

---

## NOTE CONCERNANT L'INFLUENCE DES MALADIES INTERCURRENTES SUR LA MARCHE DE LA FOLIE. (1)

Par le Docteur JOS. E. DION,

Agrégé, assistant à la clinique des maladies mentales; médecin de la division des hommes à l'hôpital Saint-Jean de Dieu, de Montréal.

---

Les théories actuelles en pathologie mentale tendent à prouver la genèse toxico-infectieuse du délire, ou, tout au moins, de certaines formes de maladies mentales. Ayant eu occasion d'observer des guérisons, des améliorations passagères, des aggravations, et même des transformations, chez des aliénés atteints de formes diverses de maladies mentales (guérisons, aggravations, etc., survenues au cours de maladies intercurrentes), il m'a paru intéressant de rapporter ces faits.

Un travail d'ensemble sur tous les malades d'un service pendant une période déterminée, relatant l'action des maladies intercurrentes, même légères, sur le délire, aurait sans doute beaucoup plus d'intérêt et permettrait de tirer des conclusions plus nettes et plus précises. Pour diverses raisons, je n'ai pu entreprendre et mener à bonne fin un tel travail; je me contente donc de publier quelques observations où l'influence salutaire ou nocive de la maladie incidente est notoire.

Les observations, au nombre de treize, qui composent ce travail, ont été recueillies dans le service des hommes à l'asile St Jean de Dieu, depuis le printemps de 1901. Sur ces treize observations, huit se rapportent à des maladies curables et à début récent: manie, mélancolie, confusion mentale; trois à des maladies dont le début était plus ancien: délire mystique, délire de persécution et un cas de manie chronique; les deux autres cas concernent un dément vésanique et un paralytique général.

Les antécédents personnels et héréditaires connus sont racontés brièvement; chez plusieurs les renseignements manquent complètement.

Je me suis efforcé de décrire, d'une manière aussi exacte que possible, l'état mental des malades qui font le sujet de ces observations. La description de la maladie intercurrente est

(1) Communication au Deuxième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

succinète; la marche de la température est indiquée dans ses grandes lignes; parfois même je n'ai mentionné que le nom de la maladie.

OBSERVATION 1.—*Délire mystique chez un dégénéré. Pleurésie séro-fibrineuse: Guérison.*

Liboire T., 50 ans, marié, menuisier, entre à l'asile le 3 juin 1899 avec un délire mystique remontant à plusieurs années.

T. se dit le père de l'Adoption divine, et a pour mission de réformer le monde et l'Église et de les rendre à leur état parfait. Il est ce grand prophète, dont il est question dans les Saintes-Écritures, qui renouvellera Jérusalem, c'est-à-dire la génération, qui a pris sur ses épaules tous les péchés du monde et en a obtenu la rémission du Père Éternel.

"J'ai pour mission d'offrir le Sang Régénérateur au Père Éternel, de le demander dans les veines du genre humain et de consacrer le monde dans le sein de Notre Mère le Bienheureuse Vierge Marie, afin d'avoir des enfants purs, de la race divine." Et il prouve par des textes des Saintes Écritures et des citations d'auteurs mystiques qu'il est bien cet homme.

Revêtu d'un costume semblable à celui des Dominicains, mais orné de symboles excentriques, il parcourt les campagnes et la ville de Montréal, prédisant l'avenir, faisant des neuvaines et des miracles. Des personnes naïves ne craignent pas d'attester ces miracles, sous leur signature, L. T. recueille ces témoignages et les publie dans une circulaire qu'il distribue aux gens, et au bas de laquelle il signe candidement: L. T., de Verrennes de la Verrandry, ou Père de l'Adoption Divine; sera à la disposition du public de 7 à 10 hres a.m., au No. 48½ rue St. Ignace, Montréal.

Tel était son état quand je le connus à l'asile en 1900.

Au printemps de 1901, il se plaint d'un point de côté, et l'examen révèle la présence d'une pleurésie avec épanchement considérable. La ponction donne issue à une grande quantité de liquide citrin.

L'évolution de la maladie avait été insidieuse et n'avait produit aucun changement de l'état mental. La ponction eut un tout autre effet. Effrayé par cette maladie, qu'il croyait



grave, il oublia ses conceptions délirantes pour ne penser qu'à sa santé menacée. Pendant la convalescence, qui fut courte, il admit la discussion sur son délire et en reconnut la fausseté. Au mois de juin il quittait l'asile, guéri. Des nouvelles de son état nous permirent de le compter au nombre de guérisons à la fin de l'année.

OBSÉRVATION 2.—*Mélancolie. Troubles pulmonaires. Guérison.*

George B., 30 ans, veuf, modeleur, entre à l'asile le 16 septembre 1902 pour une attaque de mélancolie; idées d'indignité, de culpabilité, et quelques vagues idées de persécution. Il pleure continuellement et veut faire des pénitences pour expier sa mauvaise conduite envers ses enfants. Cet état dure jusqu'en mars 1903, avec quelques rémissions passagères. À dater du mois de mars, il se produit une légère accalmie; il ne pleure plus, ou se cache pour pleurer; s'occupe aux soins du ménage. Cependant il demeure toujours convaincu que jamais sa famille ne voudra le recevoir.

Des visites fréquentes de ses parents ne peuvent déraciner cette conviction. Il refuse d'aller voir ses parents, et s'enfuit, si on les conduit auprès de lui.

En septembre G. se plaint de troubles digestifs, toussé beaucoup mais n'expectore pas. En octobre l'auscultation révèle la présence d'un léger souffle à l'expiration. Le 20 octobre, hémorrhagie pulmonaire très abondante.

Ces symptômes inquiètent le patient; les idées délirantes semblent moins enracinées; il admet la discussion à leur sujet; consent à lire les lettres de sa famille; avant il n'avait même pas voulu les regarder, croyant qu'elles avaient été écrites à l'asile pour l'encourager. Le 30 octobre, visite de son père et de sa mère; il les reçoit avec plaisir et accueille avec joie la proposition de retourner dans sa famille.

Un mois après sa sortie, il vint nous faire visite; il n'avait plus aucune idée délirante. Sa santé s'améliora assez pour lui permettre de reprendre son travail en mars dernier.

OBSÉRVATION, 3.—*Confusion mentale avec excitation maniaque. Fièvre typhoïde. Guérison.*

Clovis H., 19 ans, célibataire, journalier. Sa mère est morte paralysée; l'hérédité maternelle est lourde, dit-on. C. est d'une intelligence bornée, et on en donne pour cause une maladie cérébrale, de nature indéterminée, qu'il fit à l'âge de 2 ans. Il entre à l'asile le 17 septembre 1902, dans un état d'excitation maniaque subaiguë, avec obnubilation complète de l'intelligence; incapable de dire son nom, son âge; n'a aucune notion du temps, ni du lieu.

Vers le milieu de novembre le calme se fait, l'excitation disparaît, mais on ne note aucun changement dans l'état des facultés intellectuelles: il est toujours confus.

En mars 1903, C. répond à l'appel de son nom; peut exécuter quelques actes qui lui sont demandés.

Entré à l'infirmerie le 18 juin 1903, il y fait une fièvre typhoïde avec la température variant de  $101\frac{1}{2}^{\circ}$  à  $102\ 1-2^{\circ}$ , le soir de la première semaine; pendant les deux semaines suivantes, la température descend graduellement à la normale.

Les prodromes passèrent inaperçus, on aurait simplement remarqué une légère amélioration de l'état mental pendant les derniers jours qui précédèrent la maladie. Le 4 ou le 5 juillet, à ma visite (c'était au milieu de la 3ème semaine), je fus tout surpris d'assister au réveil subit de son intelligence. C. était tout étonné de se trouver dans un hôpital; il se croyait au mois d'octobre 1902 et n'avait aucun souvenir de son séjour ici. Tout au plus avait-il une très vague notion de son admission. Son intelligence continua à s'améliorer, et il quitta l'asile quelques semaines plus tard, complètement guéri.

OBSERVATION 4.—*Manic. Fièvre typhoïde. Guérison.*

Peter R., 38 ans, peintre, entre à l'asile le 2 décembre 1902. Son père était alcoolique et faisait de l'ivresse excito-motrice; un frère du patient est arriéré. Peter eut une enfance normale. De 17 à 20 ans il souffrit de coliques saturnines et de paralysie des extenseurs des avant-bras. A 24 ans commence à boire et fait, depuis, des excès considérables; à deux ou trois reprises eut du délire alcoolique léger. A 33 ans (il était alors à Chicago), au cours d'une bataille, suite d'excès alcooliques, il fut cruellement battu et fit une attaque de manie con-

sécutive, avec hallucinations de l'ouïe. La convalescence fut longue; les hallucinations persistèrent 2 mois après la guérison de la manie; il avait toujours dans la tête la voix d'une ancienne amie de Québec.

Rien de particulier jusqu'en novembre 1902. Un matin il quitta brusquement l'ouvrage pour aller danser sur la rue; arrêté par un agent de police, il fut enoyé ici, quelques jours plus tard, en pleine attaque de manie. Il s'imaginait avoir des affaires de société dans la tête; avait toujours présent à l'esprit son aventure de Chicago et "sa blonde de Québec." (Il me fit cette confidence durant sa convalescence.) Très rebelle à tout examen et peu communicatif, grossier même, si on insistait. Du reste, il n'avait que trop peu de temps à donner à son excitation maniaque.

Cet état dure jusqu'en avril 1903; il entre alors à l'infirmerie, et fait une fièvre typhoïde, avec température de 102° à 103° le soir, pendant trois semaines; le défervescence se fait graduellement pendant la quatrième semaine.

Dès les premiers jours de son entrée à l'infirmerie, il est tout à fait calme, lucide; répond volontiers à toute question et d'une manière intelligente; donne des renseignements sur le début de sa maladie et ses antécédents; n'accuse aucune hallucination.

Cette amélioration se maintient après la guérison de la fièvre typhoïde; et le malade nous quitte guéri, aussitôt que ses forces sont suffisantes pour lui permettre de gagner sa vie.

OBSERVATION 5.—*Manie. Embarras gastrique fébrile; guérison de l'excitation. Nouvel internement à la suite d'actes démentiels. Affaiblissement intellectuel secondaire.*

Adélarde B., âgé de 51 ans, célibataire, commis. Son père fit une attaque de manie; une tante paternelle a été aliénée; une sœur est syndromique. Adélarde B. entre à l'asile le 20 décembre 1901 pour une attaque de manie.

Rien de particulier pendant les quatre premiers mois de son internement; il fait de la manie subaiguë. Son attitude change alors: B. déchire ses vêtements; d'une malpropreté dégoûtante, il gâte jour et nuit. Puis apparaissent des actes à

caractère impulsif; il saisit des objets et les brise sans aucun motif; frappe d'autres malades sans aucune provocation. B. refuse de manger, ou y consent alors qu'il est seul. (On avait même pris l'habitude de l'isoler pour ses repas. B. se renferme dans un mutisme absolu, ou bien prononce des phrases incohérentes ou ordurières; semble mettre de la malice dans tout ce qu'il fait. Les sentiments affectifs n'existent plus.

Cet état se continue jusqu'au 20 novembre 1902, son appétit commence à diminuer: un léger état saburral des voies digestives apparaît. Le 26, il est envoyé à l'infirmerie; le thermomètre monte à  $102\frac{1}{2}^{\circ}$  et atteint  $104^{\circ}$  le soir du jour suivant; en deux jours la température descend à la normale.

B. devient calme dès les premiers jours de sa maladie; n'a plus d'excitation; ne fait plus d'actes impulsifs; ses réponses sont exactes, sa mémoire est précise: il s'oriente parfaitement quant à la durée de son séjour à l'asile. B. suit avec exactitude les recommandations qui lui sont faites; demande à voir sa famille. Il quitte l'infirmerie le 6 décembre; consent à travailler et le fait intelligemment. Sort en congé en avril 1903. B. est retourné de nouveau en août 1903, à la suite d'actes étranges et absurdes, à caractère démentiel. L'affaiblissement intellectuel porte surtout sur les facultés supérieures de l'intelligence.

OBSERVATION 6.—*Confusion mentale hallucinatoire. Embarras gastrique fébrile. Disparition brusque des manifestations délirantes avec l'apparition de la fièvre. Guérison.*

Daniel M., âgé de 22 ans, célibataire, algonquin. Sa mère et un oncle furent atteints de folie. A l'âge de 8 ans aurait fait une attaque de folie; les renseignements manquent à ce sujet. Sait lire et écrire dans la langue indienne; sait aussi quelques mots d'anglais qu'il prononce très mal. Nombreuses cicatrices à la région sous-maxillaire, ancienne adénites tuberculeuses probablement. Pas d'alcoolisme. Entre à l'asile le 20 octobre 1903, trois semaines après le début de cette attaque. Il y avait chez lui des hallucinations visuelles de nature mystique: voyait la sainte Vierge, les anges, parlait de religion, dit le certificat d'admission.

Son attitude à l'asile est celle-ci : décubitus dorsal ; se tient droit et immobile dans son lit, les bras collés au corps.

La tête est animée de mouvements latéraux de rotation, analogues à ceux qui accompagnent une négation. Ces mouvements sont tantôt vifs et plus amples, tantôt plus limités. En même temps qu'il agite ainsi sa tête, il prononce constamment des mots et des phrases en langue indienne, et toujours les mêmes. La plus grande amplitude des mouvements coïncide avec une élévation proportionnelle de la voix. Les yeux sont fermés. Il mange bien ; n'est pas gâteux. Cette attitude est évidemment réactionnelle et en rapport avec des hallucinations, soit de la vue, soit de l'ouïe. A la fin de novembre, il avait pris beaucoup d'embonpoint ; on notait une légère atténuation des symptômes ; il parlait moins fort ; les mouvements de la tête étaient moins amples ; il n'était cependant jamais au repos complet ; souvent on n'entendait qu'un simple murmure ; les nuits étaient bonnes. Cet état se maintint pendant la première quinzaine de décembre.

Le quinze décembre on remarque que le patient a les mains et la face cyanosées ; le pouls est rapide et la langue est chargée. Le thermomètre monte à  $99^{\circ}$ , le lendemain, à  $99\frac{1}{2}^{\circ}$  ; atteint  $101\frac{1}{2}$  le 17 ; en trois jours il revient à la normale.

Dès la première journée de la maladie, D. est tout à fait calme ; disparition complète et définitive des symptômes observés jusque là. Pendant plus de deux mois encore, on note de la confusion, de l'apathie, de la désorientation, mais aucun symptôme réactionnel.

La guérison ne fut complète qu'au commencement de mars ; et il quitta l'asile peu de temps après.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est la disparition complète et définitive des hallucinations, avec les premiers symptômes de la maladie passagère.

OBSERVATION 7.—*Manie chronique. Fièvre typhoïde. Intervalle lucide.*

Edmond C., âgé de 38 ans, célibataire, journalier. Entré à l'asile le 14 août 1901 dans un état de manie subaiguë. Les antécédents héréditaires sont nuls en autant qu'ils sont connus.

Il y a dix ans C. aurait fait une fièvre typhoïde, au cours de laquelle il aurait présenté du délire, et depuis ne fut jamais bien de son esprit. En juin 1901 devient furieux, menace les personnes qui l'entourent, crie, blasphème. Il est interné ici en août et présente à son admission de l'excitation intellectuelle et motrice, avec prédominance des phénomènes intellectuels.

A la fin d'octobre 1901 il est plus calme, mais demeure confus, apathique, incapable de travailler. Vers le milieu de novembre il commence à se rendre utile aux gardiens. Son esprit est comme mobile; il est capable de tenir une conversation suivie.

Le 20 décembre, C. est envoyé à l'infirmerie, et fait une fièvre typhoïde avec température à 103° et 104° pendant la deuxième et troisième semaine; la défervescence se produit très régulièrement au cours de la quatrième semaine.

Dès les premiers jours de la maladie, la confusion disparaît; C. est tout à fait calme et lucide, sa conversation est rationnelle et incohérente. A peine en convalescence, il change graduellement; des phrases incohérentes apparaissent dans la conversation: C.... est moins docile; l'expression de sa figure redevient vague et hébétée.

Quelques jours après il retombe dans l'état où il était avant sa maladie.

OBSERVATION 8.—*Folie à double forme; période d'agitation; entérite; intervalle lucide. Période de stupeur; fièvre typhoïde. nouvel intervalle lucide.*

François-Pierre R., 20 ans, tisserand, entre à l'asile le 12 février 1902, à la suite d'excitation et de discours incohérents; prétend qu'il y a un secret, dans la maison de son père, qu'on ne veut pas lui révéler.

Il présente à l'asile de l'excitation maniaque subaiguë; son langage est incohérent; rit sans motifs et fait des gestes bizarres; confusion mentale très prononcée.

Le 4 mars, se plaint de diarrhée et de courbature généralisée. Le 5 on note une grande amélioration de l'état mental: il est calme et répond d'une manière intelligente. Le 10,

l'entérite s'améliore, mais l'intelligence est déjà moins lucide. En même temps que la santé se rétablit, l'esprit suit une marche inverse, et la guérison coïncide avec la réapparition des symptômes d'excitation et de confusion. Cet état d'excitation se prolonge jusqu'en mars 1903; le calme se fait alors définitivement, mais la confusion ne s'améliore pas.

A l'automne de 1903, apparaît une période de dépression et de mutisme, suivie à brève échéance de stupeur. En décembre, R. fait une fièvre typhoïde; quoiqu'il soit encore un peu déprimé, il répond intelligemment et s'oriente quant à la date et la durée de son séjour à l'asile.

A peine est-il entré en convalescence, que la stupeur s'installe de nouveau; et R. retombe absolument dans l'état où il était avant sa maladie.

OBSERVATION 9.—*Manie. Fièvre typhoïde. Phénomènes cataleptoïdes pendant les prodromes, suivis d'excitation maniaque intense dès l'apparition de la fièvre.*

Francis M., âgé de 40 ans, journalier; antécédents personnels et héréditaires inconnus. Entre à l'asile le 28 janvier 1901 pour une attaque de manie; présente du désordre des actes; parle avec volubilité; expose ses projets ambitieux; il est millionnaire, possède des banques au Klondyke, est allié par sa famille à tous les évêques du pays.

Pendant l'été de 1901, l'excitation motrice se calme; mais les idées ambitieuses persistent toujours, et cet état se maintient jusqu'à l'automne de 1902.

Le 18 novembre 1902 apparaissent des symptômes insolites: le patient est plus agité, déchire ses vêtements et se tient couché par terre sur le dos. Placé sur son lit, il se glisse doucement jusqu'à terre, où il demeure immobile. Refuse la nourriture et s'oppose à tout mouvement passif; tous ses muscles sont contractés, et pour faire exécuter un mouvement, il faut vaincre la force musculaire. Les yeux sont fermés, et les paupières, animées de contractions rapides, comme dans la catalepsie. Insensibilité apparemment complète et généralisée à la piqûre, au froid et à la chaleur.

La pression des testicules provoque de la douleur, et le pa-

tient cherche à s'y soustraire. L'examen ne révèle pas la présence de zones hystérogènes.

Cet état dure deux jours, avec acerbations matutinales. Un bain chaud le soir du deuxième jour procure une nuit de sommeil, et M. s'éveille lucide le lendemain matin. Il prétend n'avoir aucun souvenir des phénomènes des deux jours précédents; la sensibilité est encore légèrement obtuse. M. n'accuse aucun malaise; le pouls est lent et régulier.

Après deux jours de calme, réapparition des symptômes déjà décrits; nouvelle période lucide de courte durée, suivie des mêmes symptômes.

Le 25 novembre on note un léger état saburral des voies digestives; le pouls est plus rapide; le 29, la diarrhée apparaît; le thermomètre monte à 102°; la langue se rôtit. M. refuse toute nourriture, disant qu'il n'est pas malade; s'épuise en refusant les soins qu'on veut lui donner; jette ses couvertures par terre; déchire ses habits; meurt le 5 décembre. La température devint normale après le cinquième jour de la maladie. Malgré l'absence de quelques symptômes, j'ai cru avoir affaire à un cas de typhoïde adynamique.

L'état cataleptoïde plus haut décrit serait apparu pendant la période prodromique, pour faire place à un état maniaque dès l'apparition des manifestations fébriles.

OBSERVATION 10.—*Démence vésanique. Fièvre typhoïde. Aggravation: idées de négation pendant la durée de la maladie, et qui disparaissent avec elle.*

Eugène M., 42 ans, célibataire, autrefois tisserand, mais sans occupation depuis plusieurs années. Antécédents héréditaires inconnus.

Entra à l'asile en janvier 1902. Enfance plus ou moins inconnue; émigra aux Etats-Unis vers l'âge de 7 ans et y demeura 29 ans. Aurait fait quelques excès alcooliques, mais n'aurait contracté aucune maladie vénérienne. Il nous raconte que vers l'âge de 34 ans, il fut arrêté par un agent de police, mais ne sait pour quelle raison; envoyé en prison, et de là à l'asile de Washington. Un bon jour, ses parents le ramenèrent au Canada; et quelques mois après il fut interné ici.



Eugène M. est un dément : la mémoire est très défectueuse, le jugement fait tout à fait défaut et les sentiments affectifs sont nuls. Il accuse parfois des idées de persécution : des gens lui disent des poignées de bêtises ; il a des hallucinations de l'ouïe, et probablement de tous les sens, car il prend souvent des attitudes réactionnelles ; fait aussi de l'excitation maniaque de temps en temps. Confond les personnes et croit reconnaître ses parents parmi les autres malades. Indifférent à tout ce qui l'entoure, M. passe ses journées assis sur un banc, et ne se lève que pour manger.

En juillet 1902, fait une fièvre typhoïde qui dure du 7 au 30, avec température élevée. Dans le cours de la première semaine, apparaissent des idées hypocondriaques, qui se changent peu après en idées de négation. "Il n'a plus de cervelle ; expectore, et croit que cette expectoration est causée par la descente de sa cervelle dans sa gorge ; ses tripes sont pourries ; ses poumons ratatinés ; et, finalement, n'a ni poumon ni tripes." M. nous accuse de l'empoisonner avec le lait qui, dit-il, est la cause de sa maladie. Ces idées de négation apparurent avec la maladie et cessèrent avec elle.

OBSERVATION II.—*Manie. Fièvre typhoïde, durant la convalescence de la manie.* Pendant les prodromes, apparition d'idées de persécution qui disparaissent avec les premières manifestations fébriles.

Henri F., 18 ans, fils de cultivateur. Entre à l'asile le 13 avril 1903 pour une attaque de manie. H. F... est un débile qui ne sait ni lire ni écrire ; il fréquenta peu l'école ; en donne pour raison qu'il devait aider son père.

Dans l'hiver de 1903, il fait une attaque de grippe au cours de laquelle il perd le sommeil ; devient alors agité ; manifeste des projets ambitieux ; accorde à droite et à gauche des positions importantes. Le désordre affecte surtout les facultés intellectuelles ; l'excitation motrice est beaucoup moins intense.

Cette excitation se calme assez rapidement à l'asile ; mais F. demeure dans un état très prononcé de confusion mentale, qui ne s'améliore qu'à la fin de septembre.

Le 19 octobre, apparaissent des symptômes légers d'embar-

ras gastrique, que des purgatifs ne parviennent pas à faire disparaître; cet état se maintient jusqu'au 4 novembre. Pendant cette période, le patient est inquiet au sujet de sa santé; il devient soupçonneux, "s'il ne guérit pas c'est qu'on cherche à l'empoisonner en mêlant des remèdes à ses aliments; si on le tient à la diète c'est pour l'affaiblir." Il en vint même à refuser systématiquement toute nourriture pendant 2 au 3 jours.

Le 4 novembre la fièvre apparaît et monte graduellement pour atteindre 103° et 104° pendant la deuxième semaine.

Les idées de persécution, heureusement, disparaissent avec les premières manifestations fébriles. H. guérit de sa fièvre typhoïde et recouvre toute sa lucidité d'esprit.

En décembre, il nous quitte guéri.

OBSERVATION 12.—*Paralysie générale. Infection intestinale.* Aggravation de l'état mental; apparition d'idées de négation, et réaction concomitante. Mort.

Cléophas S., âgé de 35 ans, marié, comptable. Les antécédents héréditaires seraient nuls. Contracta la syphilis à 30 ans.

Entre à l'asile le 2 août 1902, avec tous les symptômes classiques de la paralysie générale: embarras caractéristique de la parole, tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, inégalité pupillaire, affaiblissement intellectuel, avec idées absurdes de richesse, de grandeur, "a été élu pape trois fois."

La maladie suit sa marche régulière: l'excitation maniaque du début se calme, mais les idées de grandeur et de satisfaction persistent, quoique à un moindre degré. Le 23 décembre, C. fait une attaque épileptiforme suivie d'excitation. Dans les jours qui suivent, apparaissent des symptômes d'un léger embarras gastrique: la langue est étalée, blanche; courbature généralisée; le 27, une diarrhée fétide se déclare. Il est envoyé à l'infirmerie; le thermomètre monte à 100° pour atteindre 102° le lendemain. Après trois jours d'oscillations, la température descend à la normale, et même au-dessous. De ce moment, la maladie fut apyrétique. La langue se rôtit; l'état s'aggrava de plus en plus, et la mort survient le 27 janvier 1903.

Dès le 26 décembre, des idées de négation apparaissent : "je n'ai plus de forme humaine, nous dit-il, je n'ai plus de dents ni d'estomac; mes jambes sont noires; je suis un moribond, je suis mort, je ne puis plus manger; je n'ai pas deux pieds de long, je suis un cadavre, je ne pèse pas vingt livres, etc." Conséquent avec lui-même, C. refuse la nourriture et tout médicament; on ne réussit qu'à grande peine à lui faire prendre quelque chose.

Ces idées apparurent avec la maladie, et durèrent jusqu'à la mort. C. n'en avait jamais manifesté avant cette maladie intercurrente.

OBSERVATION 13.—*Délire de persécution chez un dégénéré. Embarras gastrique fébrile. Sitiophobie par crainte d'être empoisonné. Tuberculose pulmonaire qui ne produit aucune amélioration de l'état mental. Mort.*

Ernest V., 31 ans, célibataire, cultivateur. Son grand-père paternel se suicida dans un moment de folie. V. fréquenta l'école plusieurs années, mais n'a jamais pu rien apprendre; pas d'alcoolisme.

E. V. entre à l'asile le 18 septembre 1900, avec un délire de persécution qui remonte à 2 ou 3 ans. Lors du partage de la succession de son père, il prétend qu'il fut volé par ses frères.

Ces derniers sachant qu'il ne savait pas lire, "*lui firent signer une renonciation à ses droits.*" Il en conçut donc des idées de persécution contre ses frères. Quelques mois après, un de ses beaux-frères fut arrêté à Montréal; V. se porte caution pour son beau-frère et atteste alors, sous serment, *des faits erronés. Toute la paroisse en eut connaissance, et on le narguait à ce sujet.* Durant l'hiver de 1902, il abandonna ses devoirs religieux: "le curé s'était mêlé du partage de la succession."

Au printemps, les hallucinations de l'ouïe apparaissent; elles sont tantôt de nature désagréable; on lui parle des protestants, des catholiques, de la messe; tantôt de nature indifférente: on l'entretient sur la manière d'élever les animaux. Finalement, est interné à la suite de menaces proférées contre un de ses frères.

D'abord très réticent, il avait ensuite consenti, peu de temps après, à nous raconter ses malheurs.

Le 18 novembre 1902, se plaint de douleurs généralisées; sa langue est chargée; le thermomètre monte à 104° et descend à 102° le lendemain soir, et revient à la normale, après quatre jours.

Pendant les premiers jours de cette maladie, V. se soumet volontiers au traitement; mais le troisième jour il refuse systématiquement tout, sous prétexte qu'on mêle des remèdes à ses aliments pour le rendre malade. Pendant 2 mois, on dut recourir à l'alimentation artificielle. A partir du 15 janvier 1903, il consent à manger, mais il ne prend que la quantité strictement suffisante pour se soustraire au gavage. V. se laisse faiblir graduellement et murt de phthisie, le 24 septembre 1903. Il conserva jusqu'à la dernière minute ses idées de persécution, et il refusa même de voir le prêtre.

#### CONCLUSION.

La conclusion qui se dégage de ces quelques observations, c'est l'influence, tantôt bienfaisante, tantôt nocive, des maladies incidentes, sur la marche de la folie. Il m'est malheureusement impossible d'arriver à des conclusions définitives sur ce sujet, avec un nombre aussi restreint d'observations. Je ne prétends nullement trancher la question; je me suis simplement proposé d'apporter de nouveaux faits, sur ce point si intéressant, mais encore si obscur, de la pathologie mentale.

Je dirai, cependant, que les six cas de guérisons, rapportés dans ce travail, sont les seuls cas non douteux de guérison par une maladie intercurrente que j'aie observés depuis ces quatre dernières années dans le quartier des hommes à l'asile St. Jean de Dieu, soit sur une population annuelle d'environ 800.

Sur la pathogénie de ces faits, je m'abstiendrai de faire de longues considérations. Il paraît exister une telle contradiction entre ces faits et les théories reçues actuellement, que je ne me sens pas l'autorité voulue pour les expliquer.

Il est d'observation courante que les personnes deviennent aliénées durant certaines maladies infectieuses, tandis que d'autres guérissent sous l'influence de ces mêmes maladies. Ce qui paraît encore plus étonnant, c'est de voir des aliénés re-

couvrir toute leur intelligence, pendant la période aiguë d'une maladie, et revenir ensuite graduellement à leur état antérieur, à mesure que cette même maladie s'améliore.

Outre l'action de la maladie considérée en elle-même, il y a une autre action qu'on pourrait peut-être appeler : influence morale de la maladie. Ce sont ces cas où la maladie évolue insidieusement, à l'insu du malade, sans modifier en rien l'état mental, et où l'amélioration se produit, soit à l'occasion d'un symptôme inquiétant (obs. 2, hémorragie pulmonaire), soit après une intervention thérapeutique qui sort de l'ordinaire, par exemple, une thoracentèse (obs. 1). Dans ces cas, ce n'est pas l'évolution de la maladie qui détermine la guérison, mais bien la réaction provoquée par tel symptôme ou telle intervention thérapeutique. La nature elle-même de la maladie est assez indifférente en tant qu'on étudie son action sur le délire ; la guérison, ou l'aggravation, survient tout aussi bien durant une maladie bénigne (léger embarras gastrique fébrile), que pendant une fièvre typhoïde ou une phlegmasie quelconque. Ni l'hérédité, ni la nature de la maladie ne peut nous en fournir les explications plausibles. On trouve des antécédents héréditaires tout aussi bien dans les cas de guérison et de période lucide, que dans ceux d'aggravation.

Le Dr. Azémar, dans un article intitulé : "Deux cas de manie guéris à la suite d'une infection grave," paru dans les annales Médico-Psychologiques de juillet et août 1901, page 52, discute les différentes théories émises sur ce sujet. "On a invoqué, dit-il, la doctrine des crises, la doctrine des substitutions, *"un clou chasse l'autre."*

Plus loin, il ajoute : "Peut-être pourra-t-on voir dans ces guérisons, *un acte de défense de l'organisme* : ce dernier atteint profondément et mobilisant tous ses moyens, créerait des antitoxines d'autant plus actives, qu'il a été plus menacé.

Au moment de la réaction défensive ces puissants contre-poisons ne seraient-ils pas capables de modifier si profondément l'organisme lorsqu'ils emporteraient, d'un même coup, et la maladie récente et la vésanie ancienne ? La grande virulence de l'affection serait nécessaire à cette genèse d'anti-

toxines, insuffisantes dans les cas moins graves où le délire n'est pas modifié ou bien reparaît, soit avec la fin de l'état fébrile, soit peu de temps après."

#### DISCUSSION.

M. CHAGNON.—Aux observations si intéressantes que vient de nous rapporter M. Dion, je me permettrai d'ajouter celles de quelques malades que j'ai eu l'avantage de suivre.

Obs. I.—*Dégénérescence mentale; excitation maniaque; fièvre a frigore, amélioration passagère.*

Alexis F., 16 ans, commis, célibataire. Son grand-père paternel était épileptique et son père mélancolique. Il est de petite taille et a de l'asymétrie faciale. Il présente une agitation maniaque intense, déchire ses vêtements, est gâteux, se masturbe. Après une fièvre *a frigore*, son état mental s'améliore considérablement. Trois semaines plus tard, nouvelle période d'agitation d'une durée de deux mois. La convalescence s'établit alors franchement.

Obs. II.—*Mélancolie; angine pultacée; guérison.*

Moïse H., 31 ans, commis, marié.

Antécédents héréditaires: arrière grand-père et père sont morts aliénés; tante paternelle et sœur sont aliénées. Antécédents personnels: a présenté périodiquement de la dépression mélancolique.

Est très mélancolique lorsqu'il se présente à mon observation. Ne dort pas; se dit misérable, indigne, voué à la damnation éternelle et veut en finir avec la vie. Pour en arriver à cette fin, il se masturbe avec acharnement, 10, 15 et 20 fois par jour. Neuf semaines après le début de la maladie, prend une angine pultacée. Quatre jours plus tard tout délire a disparu.

Obs. III.—*Débilité mentale; délire polymorphe; fièvre typhoïde; guérison.*

Charles P., 23 ans, célibataire, brossier. A une tante maternelle aliénée. A fait grand usage de liqueur alcoolique. Présente des idées de persécution et de grandeur, des hallucinations de la vue et de l'ouïe; beaucoup d'incohérence. Une

fièvre typhoïde grave, deux ans après le début de la maladie, a été le point de départ de la guérison..

En résumé, deux guérisons survenues, l'une à la suite d'une angine pultacée à température élevée, et l'autre à la suite d'une fièvre typhoïde grave; une amélioration à la suite d'une fièvre *a frigore*, avec rechute et guérison deux mois plus tard.

Comme nous le disait M. Dion, la pathogénie de ces faits est encore très obscure. Plusieurs théories sont en présence. Aucune ne paraît absolument prouvée. Ce ne sera, il me semble, que par d'observation et l'étude d'un grand nombre de cas qu'il deviendra possible de formuler une théorie satisfaisante à l'esprit.

M. BÉLANGER dit que dans sa longue carrière d'aliéniste il a été souvent frappé du rôle que jouent sur la marche de la maladie les affections intercurrentes. Il ne saurait interpréter ces faits.

---

*Société internationale de la Tuberculose, objet de la Société:*

Une nouvelle société savante est fondée à Paris sous le nom de Société internationale de la Tuberculose.

Elle a son siège à Paris. Ses réunions ont lieu mensuellement sur convocation du Secrétaire-Général.

Cette société a pour but l'étude de toutes les questions se rattachant à la tuberculose et la centralisation des moyens de défense.

Les travaux seront publiés.

La société se compose de médecins ou savants possédant un diplôme de Facultés ou d'universités Française ou étrangères.

Pour être admis il faut présenter une demande au Président, être agréé par le Bureau, ratifié en assemblée générale et payer une cotisation annuelle de 10 frs.

Prière d'adresser les demandes de candidatures à :

M. le Dr GEORGES PETIT,

Secrétaire-général,

Rue du Rocher 51, Paris.

**CONTUSIONS MEDULLAIRES SANS LESIONS OSSEUSES**  
**L'HEMATOMYELIE. (1)**

Par le Dr Z. RHEAUME  
Chirurgien à Valleyfield, P. Q.

---

Permettez-moi de présenter à cette savante assemblée un de ces cas que tout chirurgien, quel qu'il soit, préfère ne pas voir arriver dans son service hospitalier.

C'est, qu'en effet, nous réalisons trop les nombreux ennuis que nous donne le traitement des *lésions de la moelle épinière*, ainsi que le caractère presque illusoire de toute intervention chirurgicale proposée pour améliorer l'état du patient.

\* \* \*

En présence d'une lésion traumatique de la moelle, quand une balle, un projectile ou toute autre plaie pénétrante peuvent être exclus, trois possibilités peuvent se présenter. Nous pouvons avoir affaire: (a) A une compression de la moelle par une fracture ou une luxation vertébrale; (b) A une élongation radiculo-médullaire consécutive à une flexion forcée du rachis sans fracture; (c) A une compression de la moelle, provoquée par une hémorrhagie dans le *canal* ou dans la *substance médullaire*.

Ces hémorrhagies traumatiques de la moelle peuvent se développer de deux façons différentes: (1) Elles sont le résultat d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale; dans ce cas nous pourrions classer ces hémorrhagies sous la dénomination d'*hématomyélics secondaires*. (2) La force directement appliquée sur la moelle, sans l'intervention d'une pression osseuse ou cartilagineuse, peut provoquer des hémorrhagies de la moelle dites *hématomyélics primitives*.

L'hématorachis, c'est-à-dire l'hémorrhagie entre la moelle et les vertèbres, est généralement accompagnée d'hématomyélie, et celle-ci peut être *localisée* ou *disséminée*. Le foyer hémorrhagique dans ces cas siège ordinairement au centre ou dans la substance grise de la moelle. Cela est dû à ce que la

(1) Communication au deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, les 28 et 30 juin 1904.

(2) Thurburn en rapporte 6 cas; Parkin, 1; Stotfer, 2; Wivar, 5; Chipault, 2; Sonnenburg, 1.



substance grise est plus vasculaire et contient plus de tissu conjonctif que le reste de la moelle.

J'ai cru intéressant de rapporter l'observation suivante qui est un cas typique d'hématorachis associée à de l'hématomyélie primitive. D'un autre côté les observations cliniques, suivies de l'autopsie de la moelle, sont encore relativement rares.

*Observation.* Le 22 décembre 1903, je suis appelé en consultation auprès d'un jeune homme de 27 ans, menuisier de son métier, qui, le jour précédent, a fait une chute d'environ 4 à 5 mètres de hauteur. M. X. s'en allait déposer ses outils quand il mit le pied dans le vide et alla s'affaïsser dans le sous-sol de l'atelier, sur une terre raboteuse et gelée par le froid excessif de la saison. On vole au secours du malheureux que l'on trouve dans un état d'insouciance et que l'on transporte immédiatement chez lui. Quelque temps après l'accident, le malade reprend connaissance, accuse des douleurs thoraciques et abdominales, mais il constate qu'il a perdu tout mouvement volontaire des membres inférieurs ainsi que toute sensation tactile et douloureuse de la même région. Le malade n'a pas uriné depuis l'accident; l'intestin n'a rien rendu.

Notre attention est alors immédiatement attirée vers le rachis, mais un premier examen minutieux de la colonne vertébrale, depuis l'atlas jusqu'au coccyx ne révèle aucune déformation, aucune dépression; pas de lésions osseuses apparentes, pas de luxation, pas de douleur localisée, pas de gonflement; les ecchymoses ne paraissent pas encore. Les réflexes rotuliens et plantaires sont complètement abolis, ainsi que toute sensation depuis les extrémités jusqu'à l'ombilic; paraplégie complète des membres inférieurs.

Nous voilà donc certainement en présence d'une lésion de la moelle. Nous éliminons pour le moment le diagnostic de contusion médullaire provoquée par une compression osseuse. Aurions-nous affaire à une paraplégie hystéro-traumatique? Dans ce cas il y a toujours un intervalle libre qui sépare l'accident du début des troubles morbides; ce qui n'a pas eu lieu

chez notre patient. D'ailleurs, dans le cas d'hystérie, il y a presque toujours coexistence d'autres accidents dus à cette névrose.

L'élongation radiculo-médullaire provoque des symptômes de nature irritative; douleurs, tremblements, hyperesthésie cutanée, etc. Il ne nous restait donc que la possibilité d'une hématorachis, d'une hématomyélie primitive, ou la coexistence à la fois de ces deux dernières lésions. Et c'est à cette possibilité que nous avons limité notre diagnostic, libres toutefois de pouvoir changer l'étiquette.

Deux jours après l'accident, nous en étions à ces conjectures lorsque le patient, qui avait été immobilisé, présenta des symptômes manifestes d'occlusion intestinale et fut laparotomisé le jour même. — Guérison par première intention. — En manœuvrant le malade pour faire son pansement on constate une large ecchymose qui correspond au siège et qui s'agrandit graduellement. Les tissus qui correspondent au niveau de cette ecchymose se mortifient et nécessitent plus tard une résection de toute la peau du siège, d'une grande partie des muscles grands fessiers et du releveur de l'anus; le coccyx qui commençait à se névroser est aussi réséqué.

Notre diagnostic se confirme donc, et le traumatisme médullaire siège certainement à la région lombo-sacrée.

Tous les troubles constatés au début de la maladie se maintiennent: "paraplégie flasque, rétention d'urine qui est remplacée par intervalle par de l'incontinence, constipation opiniâtre qui résiste aux grands lavements et nécessite des manœuvres toutes spéciales pour provoquer la défécation; trépidations épileptoïdes des membres inférieurs, œdèmes, escharres, cystite, abcès." Enfin après quatre mois et demi de ce martyre prolongé notre malheureux patient meurt.

*Autopsic.* Une incision cutanée est pratiquée depuis la région cervicale jusqu'à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale; la substance osseuse est complètement dénudée, mais une exploration minutieuse ne révèle aucune trace de fracture ou de luxation. La colonne est alors détachée de ses articulations, puis complètement isolée du reste du squelette.

On pratique la laminectomie de toutes les vertèbres enlevées, puis une incision antéro-postérieure de la colonne nous permet d'étaler le canal médullaire qui n'offre aucune sinuosité anormale et aucune dépression osseuse; mais la moelle épinière est mise à nu et l'on se trouve en présence d'un foyer hémorragique extra-médullaire qui est surtout apparent au niveau de la dernière vertèbre lombaire.

Cette hématorachis siège par conséquent au niveau de la partie que l'on est convenu d'appeler: queue de cheval. Un examen histologique d'une section horizontale de la moelle à sa terminaison, c'est-à-dire au niveau de la première vertèbre lombaire, nous fait voir des foyers hémorragiques disséminés. Nous avons donc affaire à un cas d'hématorachis associé à de l'hématomyélie primitive.

Cette observation m'amène nécessairement à dire quelques mots du traitement des hémorragies traumatiques de la moelle.

Quand l'hémorragie est le résultat d'une fracture ou d'une luxation vertébrale, le cas est évident: il faut intervenir immédiatement. Mais dans les cas d'hématorachis ou d'hématomyélie primitive, que faut-il faire?

Presque tous les auteurs considèrent l'intervention chirurgicale comme illusoire et conseillent le repos horizontal absolu. Dans un grand nombre de cas je crois qu'il est absolument inutile d'intervenir. D'ailleurs beaucoup de cas ont une tendance à s'améliorer naturellement. Mais quand l'hémorragie peut être à peu près localisée et qu'il n'y a pas d'améliorations apparentes de l'état du sujet, cinq ou six semaines après l'accident, je considère que l'on doit intervenir et que le patient peut tirer bénéfice d'une large laminectomie. C'est ce que je me propose de faire si le hasard m'amène un cas analogue à celui que je viens de rapporter.

Dans tous les cas je sou mets cette humble suggestion à ce congrès et j'aimerais la voir discutée.

# ACTUALITES

## L'HOPITAL NOTRE-DAME

### RAPPORT ANNUEL.

L'assemblée annuelle des Gouverneurs de l'Hôpital Notre-Dame a eu lieu le 14 courant.

M. le Dr. E. P. Lachapelle, surintendant général, y a soumis le rapport annuel dont nous extrayons quelques chiffres qui, mieux que des éloges, démontrent la confiance que le public a dans cette institution philanthropique, et l'espoir que fait naître en l'avenir d'intérêt que lui portent les personnages importants de la finance à Montréal.

### RAPPORT MÉDICAL.

Durant l'année écoulée on a hospitalisé 2,226 malades, dont la moyenne du séjour à l'hôpital a été de 18 jours.

Dans les dispensaires les médecins ont donné un total de 20,458 consultations; plus, 1,428 patients traités d'urgence par les internes en dehors des heures de service. De ce chef, la pharmacie a livré aux malades pauvres plus de 26,000 préparations pharmaceutiques.

Au point de vue des résultats obtenus: des 2,226 patients reçus, 1,919 ont quitté l'hôpital guéris ou améliorés, 166 non améliorés ou reconnus incurables, et 156 sont décédés dans nos salles. Si l'on ajoute 645 blessés apportés mourants par l'ambulance, nous avons un taux général de mortalité de 7 par cent.

On conviendra que ce chiffre est très bas, toutes choses prises en considération, aussi nous concourons dans les remarques du surintendant.

"Cette phrase d'une signification si triste," dit-il, "aller mourir à l'hôpital," n'est donc pas justifiée par les faits... et l'on ne vient guère mourir à l'hôpital que lorsqu'on y vient trop tard."

### RAPPORT FINANCIER.

Excellent, le rapport financier, en tenant compte des rigueurs de la saison dernière. Chaque année, nous voyons le

montant des recettes augmenter. De \$38,970.04 qu'elle était en 1903, elle atteint le chiffre de \$41,724.05 en 1904, soit une augmentation de \$2,754.11.

Les listes de souscription sont ouvertes à tous les médecins de cette province en particulier, et nous sommes sûrs que toute somme sera reçue avec empressement par l'hôpital. Ce faisant, nos confrères feront acte de patriotisme et de charité, deux vertus que l'on rencontre fréquemment chez les médecins. Nous les engageons donc à le faire sans autre sollicitation.

#### L'HOPITAL DES CONTAGIEUX.

Bien que les prévisions du comité spécial de construction de l'hôpital pour les contagieux aient été déçues au point de vue du coût total — soit \$157,000 au lieu de \$90,000 environ — à cause de l'augmentation de la main d'œuvre et du prix des matériaux, on a pu mener à bonne fin cette grosse entreprise. "Il est de tradition, à l'Hôpital Notre-Dame, dit le surintendant, de ne pas nous laisser arrêter par les difficultés, et d'aller de l'avant, toujours avec confiance et persévérance...."

Nous avons donc construit l'hôpital des contagieux. Les corps des bâtisses sont à l'heure actuelle à peu près terminés. Ils seront complètement clos avant l'hiver. Le printemps prochain nous pourrons vous inviter à l'ouverture officielle de ces nouveaux édifices."

Cette déclaration est de bon augure. Ce nouvel hôpital est la première assise de l'hôpital général dont la reconstruction s'impose.

#### LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL

Notre surintendant a fait un appel chaleureux en faveur de cette reconstruction tant désirée. Il a fait voir la complexité d'une organisation telle que la nôtre, et la nécessité d'une amélioration générale, à la fois hygiénique et économique. — "Nous avons maintenant le terrain, dit-il, qu'il nous faut pour reconstruire, et dans un très-beau site; en face du Parc Lafontaine, rue Sherbrooke, et dominant la ville. Ce terrain, qui

représente une valeur de plus de \$31,000, nous le devons à la générosité de M. Rodolphe Forget qui, il y a déjà plus de deux ans, prenait généreusement et spontanément la responsabilité financière de cette entreprise. Ce don important nous dit assez avec quel zèle il entend poursuivre sa tâche, aidé par le comité de souscription dont il est le président.

Ce comité sera aidé dans sa tâche par les personnes éminentes dont les noms suivent:—Mgr Paul Bruchési, archevêque de Montréal, Président; Le séminaire St-Sulpice, Sir Alexandre Lacoste, Sir William Hingston, Sir Thomas Shaughnessy, M. H. Laporte, maire de Montréal; Honorable Juge J. A. Ouimet, Honorable J. I. Tarte, Hon. F. L. Béique, Hon. R. Dandurand, Hon. H. Archambault, Hon. L. Gouin, Hon. Louis Beaubien, Hon. Arthur Power, Hon. H.-B. Rainville, Hon. Juge Doherty, Hon. N. Pérodeau, Hon. T. Berthiaume, Hon. D. Rolland, Madame J.-R. Thibeau, Madame P. V. Lussier, Madame Louis Masson, Madame C.-P. Hébert, M. Rodolphe Forget, M. F.-X. St-Charles, M. G. N. Ducharme, M. S. Carsley, Le Président de la Chambre de Commerce, Le Président de la Société des Artisans, Le Président de l'Alliance Nationale, Le Président des "Knights of Columbus.

— Avec de tels parrains et marraines en perspective, quel enfant refuserait de naître, et surtout de vivre!

Nous nous associons aux vœux du très sympathique surintendant qui personifie—à lui seul—une œuvre d'un si haut mérite. Car si tout semble prospère aujourd'hui, il ne faut pas oublier les luttes qu'il a fallu soutenir durant les premières années et la rare habileté dont il a fallu faire preuve pour faire converger vers le but désigné certaines classes de notre société, imbuës de préjugés séculaires et réfractaires à toute innovation dans l'art de soulager la douleur et d'alléger le fardeau des misères humaines!. Heureusement pour tous, l'avenir est désormais assuré, et il nous plaît d'en rendre hommage au vaillant capitaine qui a su arriver à bon port malgré les courants contraires.

L.

## LA LICENCE INTERPROVINCIALE

Par M. HENRI BOURASSA, député de Labelle.

---

Le 18 janvier prochain, M. Henri Bourassa, député de Labelle, donnera une conférence devant les membres de l'*Association Médicale du district d'Ottawa*, qui se réunira à Buckingham. Le sujet ne manquera pas d'intéresser tous les médecins, car notre vaillant député exposera ses vues sur "*La loi Roddick au point de vue constitutionnel*." On y verra un exposé clair et succinct des avantages et des inconvénients de la licence interprovinciale.

Il est désirable que les Sociétés Médicales de la Province se fassent représenter par un délégué officiel, et nous espérons que les médecins y seront représentés en nombre et en qualité.

M. Bourassa, que l'on aime à voir longer les frontières de la médecine, réussira, nul doute, à trouver un *modus vivendi* acceptable pour tous et profitable pour nous.

Nous publierons en entier cette étude.

---

## L'INQUISITION ET LE BUREAU DE SANTE DE LA VILLE DE MONTREAL.

---

M. le docteur Laberge pourrait-il nous dire qui autorise les employés du Bureau de Santé de la ville à faire des enquêtes à domicile, sur la véracité des déclarations contenues dans le certificat de décès signé par le médecin de famille, et à l'insu de celui-ci?

— Il y a là une question importante sur laquelle nous attirons l'attention du médecin en chef — qui ignore très certainement les faits auxquels nous faisons allusion présentement — et nous prions les médecins d'avoir l'œil ouvert sur les manœuvres occultes de ces "faux bonshommes" qui s'autorisent de leurs *boutons jaunes* pour discuter en famille l'opinion du médecin, ou mettre en doute l'honorabilité d'un citoyen, dans les circonstances quelquefois délicates où nous sommes forcés d'intervenir.

Si ces messieurs ignorent que la discrétion est, pour nous, un devoir de chaque jour, nous leur ferons savoir, par des moyens qu'ils trouveraient certainement rigoureux, que le silence est, pour eux, la seule qualité requise pour l'exercice de leur emploi.

Dont avis! . . .

ESCUAPE.

# SOCIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 22 nov. 1904

Présidence de M. MERCIER

### PIÈCES ANATOMIQUES.

I. M. DE MARTIGNY (François), présente des pièces anatomiques intéressantes de fibrômes multiples de l'utérus et relit l'observation d'un cas de Kyste papillaire de l'ovaire, avec examen histologique.

### DISCUSSION.

M. MARIEN donne la définition suivante du papillôme d'après les auteurs classiques : " Pour qu'une tumeur soit appelée papillôme il faut que le corps des papilles soit formé de tissu conjonctif et que les couches épithéliales de revêtement soient disposées comme sur les papilles normales. Il est essentiel de ne pas confondre avec les papillômes, les sarcômes, les fibrômes, les adenômes, etc., présentant à leur surface des bourgeons papilliformes, la tumeur dans ce dernier cas doit simplement prendre la qualification de papillaire."

(CORNIL ET RAINVIER).

M. ST-JACQUES ajoute que le terme papillôme devrait être réservé pour les tumeurs papillaires de la peau, des muqueuses, néanmoins, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, on dit indifféremment papillôme ou kyste papillaire de l'ovaire.

### COMMUNICATIONS.

II. M. ROY (J. N.). *Evidement pétro-mastoïdien pour Cholécystéatome. Mort par abcès pulmonaire.*

Cette communication a été publiée dans le No. de décembre de l'UNION MÉDICALE.

M. LE CAVALIER cite un cas de gangrène pulmonaire causée par une mastoïdite, et opéré par un chirurgien.

III. M. DUBÉ en son nom et au nom de M. Asselin lit une Note sur un cas de déplacement du cœur. (Ce travail est publié dans le présent numéro de l'UNION MÉDICALE.)

### DISCUSSION.

M. HERVIEUX ajoute qu'une hypertrophie du foie ou une tumeur du médiastin peuvent, dans certains cas, amener un déplacement du cœur.



M. LESAGE ne croit pas que dans le cas rapporté par M. Dubé, il s'agisse d'un déplacement congénital. Des lésions anciennes méconnues ont pu créer des adhérences, qui, à la longue, ont pu amener ce déplacement permanent du cœur. "C'est, si je ne me trompe, la conclusion du travail lu ce soir."

M. MERCIER (Oscar), dit avoir vu, dernièrement, un cas de déplacement considérable du cœur à droite, sans que le malade atteint de cette anomalie eut présenté les moindres symptômes cardiaques.

IV. M. MERCIER (Oscar)—Un cas de *lithiase biliaire*.—(Voir plus haut.

#### DISCUSSION.

M. DEROME fait observer que dans la lithiase biliaire, les symptômes gastriques dominent dans l'immense majorité des cas: il cite un cas personnel où il a pratiqué avec succès un cholecysto-entérostomie.

M. DUBÉ note que l'on rencontre très souvent des malades atteints de lithiase biliaire qui ne présentent pas d'ictère. Il a vu très souvent les crises céder ou s'améliorer sous l'effet du traitement par le salicylate de soude et le benzoate de soude.

Il ajoute avoir rencontré sur la table d'autopsie des vésicules biliaires remplies de calculs, sans que les sujets aient présenté de symptômes durant la vie.

M. St. JACQUES cite un cas où, à l'autopsie, on trouva des calculs rénaux sans que le malade en ait souffert.

---

#### Séance du 6 déc. 1904

Présidence de M. MERCIER

I. M. FOUCHER attire l'attention de la Société sur la communication faite par M. le Docteur Roy, à la séance précédente sur *l'évidement pétro-mastôïdien*, et spécialement sur cette partie de la communication où il est dit: "Cette opération est encore assez peu connue, puisque le Docteur Lasalle et moi avons fait, je crois, les sept premiers évidements à Montréal, et même au Canada, si je peux m'en rapporter à certaines revues médicales anglaises."

M. Foucher proteste énergiquement contre une telle assertion. Pour sa part, il a pratiqué cette opération couramment depuis plusieurs années, les Drs. Duhamel et St. Denis en ont

aussi pratiqué dans leur service à l'Hôpital Notre-Dame, et il est autorisé à affirmer de la part du Docteur Boulet que ce dernier en a pratiqué un certain nombre depuis dix ans. Quant aux autres confrères du pays, surtout parmi ceux qui font du service dans les hôpitaux, il ne les suppose pas incapables d'opérer un évidement pétro-mastoïdien, et encore moins d'ignorer une opération qui est passée en pratique générale depuis les travaux de Stacke en 1890. Le fait de n'avoir trouvé aucune constatation à cet effet dans les revues médicales anglaises ne constitue pas une preuve que l'opération n'a pas été pratiquée dans le pays.

M. ST DENIS approuve les remarques de M. Foucher. Il a pratiqué, avec M. Duhamel, trois évidements pétro-mastoïdiens d'après la méthode de Lubet-Barbon. Il en a pratiqué aussi avec M. Foucher.

Il a fait trois évidements pétro-mastoïdiens d'après la méthode de Lermoyez. Ces trois cas ont très bien guéri. M. St Denis croit les médecins auristes anglais au courant de ces opérations.

II. M. MARIEN présente devant la Société une malade opérée par la *méthode de Lorenz, pour une double luxation congénitale*. Cette malade a déjà été présentée devant les membres de la section de chirurgie au congrès de juin dernier. (Voir plus haut.)

III. M. MARIEN en son nom et au nom de M. St Jacques présente l'observation d'un cas de *grossesse extra-utérine chronique* (variété abdominale, avec lithropædion).

1° Les cas de lithropædion, sans être exceptionnels, sont cependant assez rares.

2° Le diagnostic chronique des grossesses extra-utérines anciennes qui est presque toujours problématique, a été rendu impossible dans le cas actuel par l'histoire clinique de la malade.

3° Il n'est pas facile de préciser la variété anatomique, ni l'époque de cette grossesse, vu que les faits cliniques ne s'accordent pas avec l'âge apparent du lithropædion trouvé chez cette malade.

(Cette communication sera publiée dans un prochain numéro de l'UNION MÉDICALE.)

ALBERT LARAMÉE.

## FORMULAIRE

### LARYNGO-TRACHÉITE GRIPPALÉ :

℞ Baume de Tolu..... } àâ 2 grains.  
Acide de benzoïque ..... }  
Poudre de benjoin..... 1 grain.  
Poudre d'opium brut ..... ½ grain.

Deux à trois pilules par jour.

### ARTÉRIO-SCLÉROSE :

℞ Iodure de sodium..... 1 dr. 10 grains.  
Sulfate de soude..... ½ dr.  
Bicarbonate de soude. .... 2½ scrupules.  
Eau stérilisée..... 10 oz. fl.

Une cuillerée à soupe dans une demi-tasse de lait à chacun des deux principaux repas.

### CONGESTION PULMONAIRE ET BRONCHITE CAPILLAIRE GRIPPALÉ :

℞ Poudre d'ipéca..... 3 grains.  
Ergotine ..... 30 grains.  
Cognac..... 1½ once.  
Julep gommeux, jusqu'à..... 5 onces.

Une cuillerée à soupe de deux en deux heures.

### COQUELUCHE :

℞ Naphtaline ..... 6 onces.  
Camphre en poudre..... 5 drms.  
Essence d'eucalyptus glob..... } àâ 45 grains.  
Thérébentine ..... }

Verser sur ce mélange de l'eau bouillante et introduire les enfants dans le local où les vapeurs se répandent pendant une heure par jour.

### Gastro-entérite cholériforme des nourrissons.

1. Supprimer le régime lacté, remplacé par eau bouillie non sucrée. Après 24 à 48 heures, on reprend l'administration du lait maternel ou du lait stérilisé, mais en petite quantité.

2. Lavages intestinaux s'il y a fétidité des selles.

3. Trois ou quatre bains à 38° C. par jour.

4. Pas de médicaments à la période aiguë.

(Méry.)

## BIBLIOGRAPHIE

**Electricité médicale**, par le docteur H. GUILLEMINOT. (Travail du laboratoire du professeur Ch. Bouchard.) 1 vol. in-16 de XII-656 pages, avec 76 figures dans le texte et 8 planches hors texte en couleurs. Paris, 1905, G. Steinhil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Prix, cartonné: **10 francs.**

Cet ouvrage s'adresse au praticien et à l'étudiant.

Le praticien y trouve dans une *première partie* tous les renseignements théoriques et techniques sur les courants galvaniques, faradiques, sinusoïdaux, de haute fréquence, sur la statique, les rayons X, la galvano-caustique, l'ozonisation, la sismothérapie et la mécano-thérapie, la photothérapie, la thermo-thérapie, les électro-aimants.

Dans une *deuxième partie* il trouvera l'étude des effets physiologiques des différentes formes de l'énergie électrique, c'est-à-dire des effets sur l'organisme normal de tous les agents soit électriques, soit produits par une transformation de l'électricité, tels qu'on les emploie couramment dans les cabinets d'électrothérapie. L'auteur y passe successivement en revue l'action de l'état permanent (électrolyse, théorie des ions, électrotonus, etc.), l'action des variations de courant, du courant faradique, galvano-faradique, sinusoïdal, de haute fréquence, l'action de la statique, l'action des diverses radiations, lumineuses, calorifiques, röntgéniques, de l'ozone, etc. Il réserve une place spéciale à l'étude de l'électrogenèse animale.

La *troisième partie* est la partie médicale proprement dite: chaque maladie y fait l'objet d'un paragraphe spécial, où sont étudiées les indications de la technique particulière de toutes les interventions utiles. Cette division simplifie beaucoup le travail du médecin électricien qui, habituellement, doit chercher d'un côté dans les ouvrages d'électrothérapie, de l'autre dans ceux de photothérapie et de radiothérapie, le traitement médical de chaque cas.

L'étudiant, d'autre part, y verra dans les deux premières parties la suite des études préparatoires aux cours de médecine: et dans la troisième il trouvera rapidement, à la simple lecture de quelques paragraphes: l'état actuel de la thérapeutique de certaines affections, telles que les rétrécissements, les trichophyties, les tumeurs, etc., où l'intervention électro ou radiothérapique est devenue classique: il y trouvera aussi l'état actuel de l'électro ou du radio-diagnostic dans les cas tels que les affections musculo-nerveuses, la tuberculose, les affections cardiaques, etc., où ces nouveaux modes d'exploration ont conquis droit de cité en clinique.