

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>De l'épilepsie jacksonnienne.—Observations préliminaires sur les localisations cérébrales motrices.—Etude clinique d'un cas de cette variété d'épilepsie compliquée de paralysie athrophique de la jambe et traitée avec succès par l'électricité, par le Dr D. BROCHU, professeur à l'Université Laval.</i>	385
<i>Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange à la suite d'une injection de sérum antidiphthérique Roux, par le Dr P. V. FAUCHER, de Québec.</i>	404
SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.—(C. R. PAQUIN)..... 411	
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.	
<i>Guérison radicale du cancer épithélial (CERNY et TRUNEZEK).....</i>	412
<i>Traitement de l'ulcère de l'estomac, (VON LEUBE, MICULIEZ).....</i>	413
<i>La saignée et le sérum artificiel dans l'urémie aiguë (BAUBY).....</i>	414
CHIRURGIE.	
<i>Traitement conservateur de la coxalgie chez l'enfant, (KIRMISSON).....</i>	416
<i>Le tubage du larynx, (DELÉARDE).....</i>	416
<i>Le rein mobile, (DUPLAT).....</i>	417

(Voir la suite, page 3.)

" Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETS.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses de toutes les régions, **La Listerine** occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la forme de gaz, d'éruptions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produira un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hæmaturie et irritation générale de la vessie.

☞ Pamphlets descriptifs envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement de nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par **W. LLOYD WOOD**, Agent.

En écrivant mentionnez le journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,

MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a transporté son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

POUR UN MOIS SEULEMENT

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Fahrenheit.

Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur.....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet, (SCHWAB).....</i>	422
<i>Injections de sérum dans les hémorragies post-partum, (OLLIVIER, CHARPENTIER, BUDIN etc.).....</i>	428
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>L'assainissement des places d'eau.....</i>	429
<i>L'antiseptie chez le barbier.....</i>	432
REVUE DE PÉDIATRIE.	
<i>Sur la diarrhée infantile, (BAGINSKY).....</i>	434
<i>Les bains chauds dans le traitement de la rougeole, (RIX).....</i>	435
<i>Etude de la température dans la coqueluche, (GUÉBIN).....</i>	435
<i>De la durée de l'incubation et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche, (LÉON).....</i>	436
<i>Les altérations de la moelle épinière dans la coqueluche, (BERNHARDT).....</i>	436
<i>Réflexions sur l'appendicite, (HUCHARD).....</i>	437
FORMULAIRE.	
<i>Bronchite chronique — Cystite — Antiseptie intestinale. — Laryngite striduleuse.....</i>	439
<i>Insolation.....</i>	440
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Hôpital Notre-Dame, (LAMARCHE).....</i>	441
<i>Hôtel-Dieu, (BEAUCHAMP).....</i>	442
INTERETS PROFESSIONNELS.	
<i>Le "Monsieur" de la "Clinique," (DR PAUL).....</i>	443
<i>Le droit de discussion.....</i>	447

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL.**

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés. - - - - - **Discount de 5% au comptant.**

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments: Batteries Gaiffe (de Paris)
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)
Dubois, etc.

La plus soigneuse et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

GALANTE FILS

FABRICANTS D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

2, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

TROUSSES ET INSTRUMENTS
pour Dissection et Anatomie
INSTRUMENTS ET APPAREILS DE TOUTS GENRES
pour la Physiologie

TROUSSES & DOIGTS MÉTALLIQUES

VIDES ou GARNIES
pour Médecins, Chirurgiens
et Accoucheurs.

TROUSSE-ÉTUVE

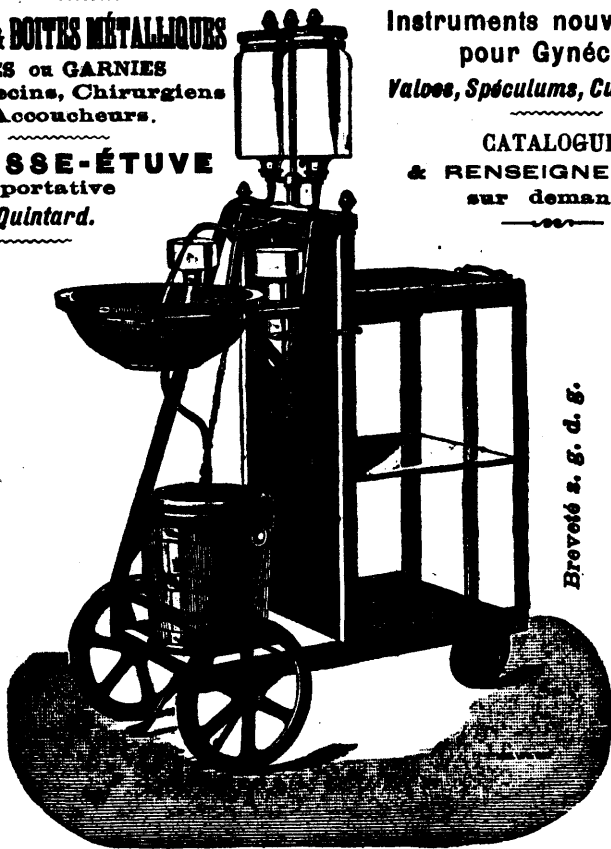
portative
du Dr Quintard.

Collections complètes
d'Instruments pour Amputations,
Résections et Trépanations.

Instruments nouveaux
pour Gynécologie :
Valves, Spéculum, Curettes, etc.

CATALOGUES
& RENSEIGNEMENTS
sur demande.

Seringues stérilisables du Prof. DEBOVE
18 modèles, tous de capacités différentes.



Breveté s. g. d. g.

Seringues stérilisables du Prof. DEBOVE
18 modèles de 2 grammes à 135 grammes.

CHARIOT-LAVABO.

MOBILIER OPÉATOIRE ASEPTIQUE

Lavabos fixes et pliants. — Chariots-lavabos à 2, 3 et 4 fontaines. — Fontaines de tous genres, à supports fixes, à élévation, à treuil, etc. — Vitrines en glaces pour instruments. — Etagères fixes et mobiles. Tables à opérations.

INSTALLATIONS, DEVIS et PLANS SUR DEMANDE

N° 24

AGENTS POUR LE CANADA :
Dr Ed. MORIN & Co, rue Saint-Jean, à QUÉBEC.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE

Observations préliminaires sur les localisations cérébrales motrices.—Étude clinique d'un cas de cette variété d'épilepsie compliquée de paralysie atrophique de la jambe et traitée avec succès par l'électricité. (1)

Par le Dr D. BROCHU,

Professeur à l'Université Laval.

Messieurs,

Les démonstrations de la théorie des localisations cérébrales, et la détermination des territoires moteurs de l'écorce grise, en particulier, ont jeté un jour tout nouveau sur les problèmes de la pathologie des centres nerveux et ont rendu facile, à la suite, l'interprétation des phénomènes objectifs, qui trahissent, dans les organes périphériques, le développement des maladies organiques de l'encéphale.

Parmi les types morbides dont le syndrome fondamental est constitué par ces phénomènes objectifs qui dérivent des lésions de l'écorce motrice du cerveau, aucun n'offre plus d'intérêt à l'étude et à l'observation clinique que l'*épilepsie partielle ou hémiplegique*, encore appelée *épilepsie jacksonnienne*, nom proposé par l'illustre maître de la Salpêtrière lui-même, Charcot, en l'honneur du Dr Jackson, qui, le premier, en avait donné une description magistrale et fourni une démonstration anatomo-clinique.

Mais, comme cette maladie affecte des modalités cliniques tout-à-fait différentes, selon que sa lésion pathogénique a son siège dans telle ou telle partie de l'écorce motrice, et que son étude se rattache, ainsi, intimement à la question des localisations cérébrales, je crois qu'il ne sera pas inutile d'attirer votre attention sur le schéma de l'un des hémisphères cérébraux, et de vous inviter, tout d'abord, à vous rendre compte, *de visu*, de l'étendue et de la situation du territoire moteur cortical, ainsi que de la disposition qu'y occupent les centres particuliers qui président aux mouvements volontaires, et dont les lésions s'accusent par des troubles de la motilité dans la périphérie.

La question des localisations cérébrales est, aujourd'hui, comme vous le

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Québec, (séance du 28 avril 1897.)

savez, chose jugée, au point de vue scientifique : elle n'est discutable que sur des rapports secondaires.

De nombreux travaux contemporains, auxquels se rattachent les noms de Bravais, Jackson, Broca, Ferrier, Pitres, Frank, Albertini, Charcot, Grasset, etc., ont fait admettre définitivement, malgré les théories contraires soutenues par Flourens. Brown-Séguard et Goltz, l'existence, dans l'écorce cérébrale, de centres distincts, affectant chacun des rapports fonctionnels toujours identiques avec certains groupes musculaires périphériques. Ces travaux, appuyés sur les résultats de l'expérimentation physiologique et de l'observation anatomoclinique, ont renversé, par le fait, la doctrine de l'homogénéité fonctionnelle du cerveau, admise jusqu'alors.

Pour ne nous arrêter qu'à la démonstration des localisations des centres psycho-moteurs, qui intéressent plus spécialement notre sujet, nous emprunterons au Mémoire de Charcot et Pitres, et aux travaux de Grasset, les propositions suivantes dont vous pourrez facilement faire une application sur le schéma que nous produisons sous vos yeux :

"Toutes les lésions corticales, chez l'homme, ne donnent pas lieu à des troubles de la motilité. À ce point de vue spécial, l'écorce du cerveau peut être divisée en deux parties distinctes : 1^o la *zone motrice* dont les lésions destructives produisent toujours des paralysies permanentes, et dont les lésions irritatives, au contraire, provoquent des spasmes partiels ou des accès convulsifs plus ou moins généralisés et le plus souvent périodiques ; 2^o la *zone non motrice* dont les lésions destructives ou irritatives ne déterminent directement aucun trouble de motilité du côté de la périphérie."

La *zone motrice* (voir le schéma) est limitée à l'écorce grise des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, y compris le lobule paracentral, qui n'en est que le prolongement à la surface interne de l'hémisphère. Ces deux circonvolutions presque perpendiculaires aux autres, et séparées par la scissure de Rolando, occupent la partie la plus centrale de la surface corticale du cerveau et semblent être comme le prolongement le plus direct des faisceaux conducteurs de l'axe spinal ; elles constituent, en réalité, le point de départ ou le sommet de l'échelle de conductibilité motrice qui, par les faisceaux sous-corticaux de la couronne rayonnante, la voie pyramidale, les cordons blancs antéro-latéraux de la moëlle et les plexus nerveux, relie l'écorce grise des centres psycho-moteurs aux organes musculaires de la périphérie.

La physiologie expérimentale a démontré que, bien que la substance grise corticale du cerveau soit inexcitable *mécaniquement*, cependant son excitation électrique, dans le territoire des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, déterminait toujours des réactions motrices dans certains groupes musculaires, différents selon le point excité, mais toujours les mêmes pour un même point excité.

Ces recherches expérimentales de la physiologie, corroborées par de nombreuses observations pathologiques, ont démontré non-seulement l'existence d'une *zone motrice distincte*, dans la surface des circonvolutions rolandiques de chaque hémisphère, mais elles ont permis de délimiter, dans cette zone même,

différents territoires ou centres moteurs secondaires, dont chacun semble présider exclusivement aux fonctions de motricité d'une partie de la périphérie. C'est ainsi que l'on a pu préciser assez exactement la topographie des principaux centres : le *centre moteur de la face* paraît limité au tiers inférieur de la frontale ascendante avec empiètement sur la pariétale ascendante, le *centre masticateur*, les centres du *pharynx* et du *larynx* étant étalés au pied des mêmes circonvolutions ; le *centre du membre supérieur* est situé au tiers moyen de la frontale et de la pariétale ascendantes ; enfin, le centre du membre inférieur occupe la partie

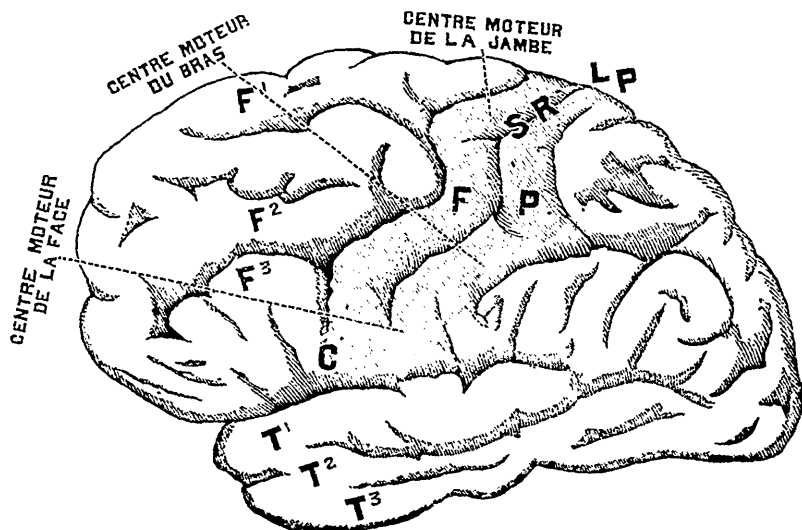


SCHÉMA DE LA FACE EXTERNE DE L'HÉMISPHERE GAUCHE.—INDICATION DE LA ZONE MOTRICE.

F C.—Frontale ascendante.—P.—Pariétale ascendante.—L P.—Lobule para-central, prolongement des deux précédentes à la surface inter-hémisphérique.—S R.—Sulcus de Rolando —F^{1,2,3}.—Première, deuxième et troisième frontales.—T^{1,2,3}.—Première, deuxième et troisième temporales.

supérieure de ces circonvolutions et le lobule paracentral qui en constitue le prolongement à la surface interne de l'hémisphère.

Le schéma que nous reproduisons, ici, représente l'étendue et la situation de la zone motrice avec cette disposition des territoires moteurs secondaires ; on y voit étagés, l'un au-dessus de l'autre, les centres de la *face*, du *bras* et de la *jambe*, que nous venons de mentionner.

Il importe d'avoir bien présente à l'esprit cette topographie des centres corticaux moteurs dont les lésions destructives ou irritatives déterminent les troubles de motilité, (paralysies ou convulsions), si l'on veut suivre avec intérêt la description symptomatologique des trois modalités cliniques que l'épilepsie jacksonienne offre à l'étude, et bien se rendre compte de l'ordre invariable selon lequel l'aura et les spasmes convulsifs, d'abord limités à quelques groupes musculaires de la périphérie, envahissent les parties avoisinantes et se propagent quelquefois d'un membre à un autre ou d'un membre à la face, et vice-versa.

Ce schéma peut permettre, en même temps, de faire une application facile de nos connaissances acquises sur les localisations cérébrales.

J'attirerai, également, votre attention sur un phénomène particulier qui nous est révélé par l'expérimentation physiologique, et qui est de nature à jeter une vive lumière sur des phénomènes identiques qu'offre assez souvent à notre observation l'épilepsie partielle, qui n'est elle-même que l'expression symptomatique de lésions pathogéniques ayant leur siège dans la zone corticale motrice :

Si, en cherchant à exciter la *zone motrice*, on applique un électrode sur un point limité de l'écorce, tel que, comme exemple, la partie supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, à la limite de la scissure de Rolando, et si on fait passer un courant électrique faible, on peut voir se produire des signes d'excitation motrice dans quelques groupes musculaires de l'extrémité du membre inférieur, du côté opposé (du gros orteil, du dos du pied, de la jambe). Mais, si tout en maintenant l'électrode fixé au même point on augmente l'intensité du courant, on voit les contractions musculaires gagner les parties avoisinantes et même envahir toute la jambe. Si on laisse passer le courant avec une intensité toujours croissante, les spasmes d'abord limités au pied et à tout le membre inférieur, s'étendent aux muscles du tronc, de l'épaule, du bras et de la main ; enfin, si l'excitation est assez forte, ils envahissent à la fin, par une progression plus ou moins rapide, les muscles du cou et de la face, et la convulsion se trouve ainsi généralisée à tout un côté, offre l'apparence tout à fait hémiplegique.

C'est, de plus, un fait parfaitement établi par de nombreuses observations pathologiques que des phénomènes identiques se reproduisent dans le cours de l'épilepsie jacksonienne sous l'influence de lésions irritatives ayant leur siège dans un point limité de l'écorce cérébrale ; l'onde irritative se propage à travers les différents territoires de l'écorce grise à la manière de l'onde électrique, et peut ainsi déterminer à distance de son foyer d'origine des troubles moteurs, tantôt partiels tantôt généralisés, selon les conditions qui font varier l'excitabilité du cerveau ou l'énergie de la cause irritante.

Définition : Jackson, Frank et Ferrier ont désigné sous le nom d'*épilepsie jacksonienne*, " un *syndrome* caractérisé par des convulsions partielles toniques et surtout cloniques, localisées dans les muscles qui, à l'état normal, reçoivent leur influx cérébral des régions corticales irritées."

Cette épilepsie partielle et symptomatique, de même que l'épilepsie essentielle ou généralisée, procède par accès plus ou moins périodiques.

L'accès convulsif présente deux phases, généralement assez distinctes : l'une de convulsions *toniques* ou *tétaniques*, la plus courte, l'autre, de convulsions *cloniques*, qui occupe la plus grande durée de l'accès.

Les spasmes de l'épilepsie jacksonienne se distinguent des autres formes convulsives et surtout de l'épilepsie essentielle, en ce qu'ils sont partiels, et limités, pour ainsi dire systématiquement, à un ou plusieurs groupes de muscles, au début, et que, s'ils se propagent, c'est toujours d'une manière *systématique* et suivant un *ordre invariable*. Tels sont les caractères essentiels de la maladie décrite par Bravais et Jackson, et qui ne doivent pas être perdus de vue dans cette étude.

Ce n'est, véritablement, que durant ces dernières années, que cette variété d'épilepsie a pris la place qu'elle méritait d'occuper dans le cadre nosologique des maladies nerveuses, et que son interprétation séméiologique et pathogénique a été bien élucidée, grâce aux découvertes de l'anatomie morbide et de la physiologie expérimentale.

Les auteurs anciens n'avaient pourtant pas manqué d'observer, dans la clinique, le syndrome de l'épilepsie partielle ou hémiplégique, qu'ils séparaient nettement de celui de l'épilepsie essentielle ou générale; plusieurs avaient même signalé, dans des rapports d'autopsie, la coïncidence de différentes lésions de la surface du cerveau, chez des sujets qui avaient présenté les crises épileptiques partielles, pendant leur vie.

L'observation suivante, rapportée par Brissaud, nous en offre une preuve d'une assez frappante précision: "Un homme de moyen âge, *mélancolique*, ayant pris du vin d'antimoine, eut une attaque d'épilepsie après laquelle il resta une telle sensibilité du bras *gauche* que la seule impression d'un air un peu frais et agité suffisait pour déterminer des mouvements du cou, de la joue, et quelquefois même de la tête. Les variations de l'atmosphère et les affections morales vives ramenaient les accès épileptiques. Cet état dura quatre années, pendant lesquelles le malade se plaignait fréquemment d'une douleur sourde dans le côté droit de la tête, sous le pariétal. A l'ouverture du corps on trouva, à l'endroit qui avait été le siège de la douleur, la substance corticale du cerveau durcie et comme squirreuse; au-dessous, existait un abcès du volume d'un œuf de poule, plein d'une matière jaunâtre granuleuse, tapissé d'une muqueuse molle et recouvert dans le fond d'une substance rouge livide."

Comme vous le pressentez déjà, cette observation, qui date depuis plus d'un siècle, renfermait tous les éléments qui permettraient d'affirmer à première vue, dans l'état actuel de nos connaissances, une relation pathogénique étroite et évidente entre ces manifestations périphériques de convulsions épileptiformes et la lésion cérébrale constatée à l'autopsie: foyer d'encéphalite avec ramollissement ayant atteint l'écorce grise du cerveau, à *droite*, phénomènes convulsifs partiels, au *bras gauche*, ayant eu comme symptôme précurseur une *mélancolie* assez frappante pour que l'auteur ait cru devoir la mentionner dans l'observation. Cette *mélancolie* n'est, à vrai dire, rappelée que d'une manière tout-à-fait incidente dans l'histoire du cas, sans que l'auteur ait cherché à la rattacher par aucun lien à la cause pathogénique de la maladie; elle me paraît cependant acquérir une importance toute particulière, si on la considère à la lumière de nos connaissances actuelles. En effet, c'est une altération de l'état psychique qu'on rencontre fréquemment et d'une manière persistante dans la plupart des encéphalopathies artérielles chroniques et diffuses; et dans cette observation que nous analysons, ne paraît-elle pas avoir été le premier témoin objectif de la lésion pathogénique fondamentale qui devait aboutir à l'abcès cérébral et qui, en atteignant l'écorce, avait déterminé les crises de l'épilepsie partielle?

Mais il manquait aux anciens observateurs les connaissances récentes de la physiologie expérimentale qui nous ont révélé le rôle fonctionnel distinct de la plupart des foyers de l'écorce motrice de l'encéphale et qui nous permettent,

aujourd'hui, d'interpréter si facilement les phénomènes périphériques dont l'origine doit être rattachée aux lésions irritatives ou destructives de ces foyers corticaux.

Il ne faut donc pas s'étonner si les premiers travaux de Bravais et les observations encore plus précises de Jackson qui, tout en nous faisant connaître les trois modalités cliniques de l'épilepsie partielle, affirmaient la relation de cette maladie avec des lésions de l'écorce grise, aient passés inaperçus, dans le temps, précisément par le défaut de ces connaissances physiologiques propres à en faire apprécier et accepter les conclusions.

Bravais, se guidant sur les signes objectifs des spasmes périphériques, avait su reconnaître, avant tout autre, les trois types cliniques qui caractérisent le syndrome jacksonien ; il les avait désignés sous le nom de *type facial*, *type brachial*, *type crural*, selon que la convulsion partielle a son siège primitif dans la face, dans le bras ou dans la jambe.

Disons, de suite, que cette localisation primordiale du spasme périphérique constitue la chose fondamentale à apprécier pour établir le diagnostique non-seulement du type clinique de l'épilepsie partielle, mais aussi du siège anatomique de la lésion cérébrale depuis, surtout, que nous connaissons les relations intimes qui existent entre les phénomènes moteurs périphériques et les centres corticaux moteurs de l'encéphale.

Rappelons également un autre caractère bien distinctif du syndrome jacksonien, c'est que les spasmes convulsifs d'abord limités à un ou plusieurs groupes musculaires, dans la périphérie, quel que soit le type, ne se propagent aux parties avoisinantes ou d'un membre à un autre que d'une manière *systématique et suivant un ordre invariable* qui, comme nous le verrons, correspond absolument à l'ordre topographique des centres corticaux moteurs.

Type facial : Dans le *type facial*, la crise débute par un spasme *localisé* dans l'un des groupes musculaires de la face ou du cou, muscles de la commissure des lèvres, du menton, de l'œil, ou les masséters. Ce spasme, ainsi limité, s'étend rapidement à tous les autres groupes de muscles de la même région ; il est tonique d'abord : de là la déviation forcée de la bouche, d'un œil, ou de la tête, comme première manifestation de l'accès : de là, aussi, quelquefois, le trismus des mâchoires qui peut surprendre la langue entre les arcades dentaires et en produire la morsure avec l'écume sanguinolente à la bouche, comme dans l'épilepsie essentielle ; de sorte que l'on aurait tort, dit Brissaud, de continuer à considérer cette morsure de la langue comme un élément de diagnostique absolu entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie essentielle ou généralisée. La période tonique qui marque le début d'une crise épileptique est toujours de courte durée ; la phase clonique succède bientôt ; la face devient grimaçante, agitée de secousses ou de mouvements de latéralité d'abord rapides, puis de plus en plus éloignées, selon le caractère du clonisme. Tel est le *type facial simple*.

Le spasme convulsif ne reste cependant pas toujours limité à la partie primitivement envahie ; il tend souvent à envahir le membre supérieur : l'épaule s'élève, puis le coude et l'avant-bras, qui se tord en pronation, les doigts se ferment, par suite de la contraction tonique au début des différents groupes

musculaires, et en moins de quelques secondes, les mêmes secousses cloniques qui agitaient la face et le cou se communiquent à tout le membre supérieur.

Si la cause pathogénique réagit encore avec plus d'intensité, les spasmes gagnent les muscles du tronc de la cuisse et de la jambe du même côté; le membre inférieur se raidit dans l'extension forcée, pendant la contraction tonique; puis apparaissent les secousses cloniques caractéristiques qui, généralisées ainsi, à tout un côté du corps, peuvent faire soupçonner, à première vue, une attaque de l'épilepsie essentielle. Tel est le *type facial associé*.

Type brachial: Dans le *type brachial*, la localisation primordiale du spasme se manifeste généralement dans les muscles du pouce et de la main; elle s'étend rapidement à tous les autres segments du bras; le poignet se tourne en pronation, le pouce et le doigt s'étant fermement fléchis, pendant le spasme tonique; puis les secousses cloniques apparaissent presque aussitôt. Si la convulsion, par suite d'une irritabilité plus grande de l'écorce grise tend à se généraliser, elle gagne l'épaule, le cou et la face. On a alors le *type brachial associé*.

Enfin, si l'irritation centrale est encore plus énergique, le tronc et le membre inférieur sont atteints en dernier lieu. Le *type brachial simple* ou *associé au facial* est celui qui se rencontre le plus communément.

Type crural: Dans le *type crural*, qui est la plus rare des modalités cliniques de l'épilepsie jacksonienne, le spasme, au début de l'accès, se fait sentir, de même que l'aura, dans les muscles du gros orteil et du pied, il s'étend rapidement à la jambe et à la cuisse qui prennent l'attitude de l'extension forcée pendant la contraction tonique; mais les convulsions cloniques peuvent apparaître d'emblée. Et si, comme pour les types précédents, la cause excitante des centres nerveux réagit avec une intensité croissante, l'onde convulsive se propage successivement vers le tronc, le membre supérieur, et n'atteint la face qu'en dernier lieu. Tel est l'ordre invariable suivant lequel se développent les phénomènes moteurs périphériques dans l'épilepsie symptomatique des lésions corticales: c'est là le trait le plus caractéristique sur lequel nous devons porter notre attention dans l'analyse du syndrome jacksonien.

Jamais on n'observe la propagation d'un spasme monoplégique de la jambe à la face, ou de la face à la jambe, sans que le bras dont le centre est intermédiaire dans la zone motrice n'ait été touché. On n'observe pas non plus la propagation directe du bras à la jambe sans que la face n'ait été envahie.

Il ne s'agit là, comme vous pouvez vous en convaincre facilement, en jetant un regard sur le schéma de l'écorce du cerveau, que d'une question d'anatomie topographique; l'irritation cérébrale, qui est le point de départ des troubles moteurs périphériques, se propageant comme une onde, ou à la manière d'un courant électrique, à travers l'écorce grise, ne peut atteindre successivement les divers centres moteurs qu'en suivant l'ordre de leur topographie anatomique. C'est bien là un phénomène identique à celui qui nous est mis en lumière par l'expérimentation électro-physiologique citée plus haut.

Mais ces trois modalités cliniques, dont nous venons de donner la description, ne résument pas toute la symptomatologie de l'épilepsie partielle ou hémiplégique. Aux spasmes convulsifs de la crise, qui est toujours plus ou moins

périodique, vient s'ajouter, le plus souvent, toute une série de symptômes concomittants, qui précèdent ou qui suivent, et dont quelques-uns, par leur persistance, peuvent faire hésiter le diagnostic ou confondre la maladie.

Parmi les phénomènes qui précèdent la crise, nous devons mentionner en premier lieu, l'*aura* ou souffle, sorte d'avertissement passager, qui est presque toujours le même, pour chaque crise, chez un même sujet.

L'*aura* peut être motrice, sensitive ou simplement psychique. Il importe de remarquer ici que cette *aura*, ou cet avertissement particulier, dont l'épilepsie essentielle offre de fréquents exemples, est néanmoins plus constante et plus nettement perçue dans l'épilepsie partielle ou symptomatique.

L'*aura motrice* peut n'être qu'une sorte de trémulation musculaire ou une contraction subite et fugitive dans un groupe de muscles ou dans un seul muscle d'un membre ou de la partie qui doit être le siège du spasme primordial. C'est comme le premier signal d'un danger que l'on pourrait peut-être encore conjurer, car, à cet instant, une compression brusque et énergique, un coup porté sur le segment du membre atteint peuvent parfois faire avorter l'accès convulsif.

L'*aura sensitive* peut n'être qu'une sensation plus ou moins douloureuse perçue dans l'organe qui doit être le point de départ des convulsions ; d'autres fois, la sensation prend son origine dans les organes internes. Les caractères de cette *aura* peuvent varier à l'infini, depuis la sensation d'une douleur térébrante ou tabétique dans un membre, d'une angoisse à la poitrine qui rappelle les manifestations de l'angine, jusqu'à un simple trouble sensoriel de la vue, de l'ouïe, du goût ou de l'odorat. Mais ces sensations sont presque toujours identiques, chez le même sujet ; ce qui fait que le malade qui les éprouve sait toujours à quoi s'en tenir, et ne se trompe pas sur cet avertissement auquel l'accès convulsif manque rarement de faire suite. L'*aura sensitive* peut apparaître isolée ou indépendante, mais elle est souvent associée à l'*aura motrice*.

L'*aura psychique* peut se traduire par des hallucinations des sens assez nettes et susceptibles d'être analysées par le malade lui-même ; il n'est pas rare, non plus, qu'elle soit caractérisée par un état d'esprit dont le sujet est incapable de se rendre compte ; "il peut cependant garder la conscience de cette transformation de son moi," et se livrer à des actes impulsifs dont il serait difficile de le tenir responsable. Souvent, il y a suppression absolue de conscience et perte de connaissance, surtout lorsque les convulsions intéressent les muscles de la face.

En somme, on peut dire que l'*aura psychique*, avec ou sans perte de conscience ou de connaissance, associée ou non avec les *aura motrice* ou *sensitive* de la face, appartient presque exclusivement au type facial de l'épilepsie jacksonienne, tandis que les types brachial et surtout crural ne présentent guère que les *aura motrice* et *sensitive*. Dans ces derniers cas, le malade assiste, avec conscience, au développement de sa crise, depuis l'*aura* initiale jusqu'à la dernière secousse musculaire clonique ; non-seulement il la voit, mais il la sent, il l'apprend, pour ainsi dire, par cœur, et peut lui-même la raconter (Fournier). Il ne perd sa conscience que si la crise, d'abord limitée à un seul membre, ne vient, à

la fin, intéresser les muscles de la face dont le centre cortical moteur semble en rapport plus étroit avec les centres qui servent aux manifestations de l'idéation.

Parmi les phénomènes concomittants qui font suite aux accès de l'épilepsie partielle, les plus importants à apprécier sont le *stertor*, les *troubles intellectuels*, et les *paralysies*.

Stertor : Lorsque la perte de connaissance a été absolue, le malade, même après que les derniers spasmes ont cessé, reste dans un état de résolution complète, souvent avec la respiration stertoreuse, et garde les apparences du coma, de l'apoplexie ou de l'éclampsie, pendant un quart d'heure ou une demi heure. Lorsqu'il revient à sa conscience, il conserve quelquefois les signes de l'obnubilation intellectuelle ou d'un abrutissement qui peut durer quelques jours. Il souffre de céphalalgie ; et il n'est pas exceptionnel qu'il subisse une période d'excitation cérébrale, avec hallucinations violentes et délire furieux (Albertini). D'autres n'éprouvent qu'une aphasie transitoire (Jackson, Ferrier).

Lorsque les attaques se répètent fréquemment, ou se suivent presque sans interruption, qu'ils deviennent comme subintrants, l'affaiblissement intellectuel, après chaque crise, est de plus en plus marqué et le malade court le risque d'être emporté par des complications apoplectiques, ou, s'il survit à cet état de mal prolongé, on peut voir apparaître les signes d'une déchéance intellectuelle progressive qui peut aboutir à la démence. On comprend facilement que des congestions passives prolongées, l'hypertension vasculaire, qui résultent des crises répétées de convulsions épileptiques, puissent produire à la longue l'altération des petites artères de l'encéphale, la dégénérescence des tissus qu'elles nourrissent, et qu'elles exposent, de plus, au danger de la rupture de ces vaisseaux avec ses conséquences : apoplexie, hémiplegie, et même la mort pendant les attaques.

Paralysies : Les paralysies constituent un symptôme concomittant peu fréquent, dans l'épilepsie partielle, mais assez intéressant à étudier, dans certaines conditions : j'aurai à vous en faire connaître un cas qui mérite de fixer l'attention par ses particularités et sa pathogénie.

Les paralysies post-épileptiques ont été signalées par Todd et Jackson et bien décrites par Pitres et Dutil ; elles sont caractérisées par une perte partielle ou totale de la fonction motrice volontaire des groupes musculaires ou des membres que les convulsions ont intéressés au maximum ; elles sont presque toujours flaccides et exclusivement motrices. Elles constituent avec l'aura motrice et sensitive les phénomènes concomittants les plus fréquemment associés dans les *types brachial et crural* de l'épilepsie ; tandis que l'aura psychique, la perte de conscience, l'état apoplectique, le *stertor*, les troubles intellectuels représentent, comme nous l'avons déjà indiqué, les phénomènes les plus inhérents au *type facial*. Ces paralysies sont indiquées, par les auteurs, comme passagères et d'un pronostic peu gravé ; on ne voit pas mentionné, non plus, qu'elles s'accompagnent de dystrophies musculaires : cependant, le cas dont je vous entretiendrai, tout à l'heure, vous montrera un exemple, tout à fait particulier,

d'une paralysie post-épileptique durable et compliquée d'une atrophie musculaire très marquée, avec perte de réflexe.

Abordons maintenant l'étude de l'étiologie pathogénique de cette variété d'épilepsie décrite par Jackson et que tous les pathologistes s'accordent à rapporter aux lésions irritatives de l'écorce grise de l'encéphale.

A première vue, lorsqu'on se trouve en présence du syndrome de l'épilepsie partielle ou hémiplégique, s'il n'y a pas d'antécédents traumatiques qui puissent faire supposer un enfoncement d'une partie de la couche osseuse, d'une esquille irritant la surface corticale du cerveau, on est, tout d'abord, porté à supposer l'existence d'une tumeur superficielle quelconque qui agirait à la manière d'un corps étranger sur l'écorce (gommes, tubercules, caillots, gliomes, etc.) Mais il n'y a pas que ces productions morbides ou ces corps étrangers de la surface cérébro-méningée qui peuvent déterminer les convulsions de l'épilepsie partielle. Toutes conditions mécaniques inflammatoires ou même simplement toxiques ou vaso-motrices, capables de produire ce qu'on est convenu d'appeler l'*irritation* cérébrale, peuvent provoquer les troubles convulsifs périphériques.

Les recherches expérimentales de la physiologie, que nous devons à Ferrier, Fritsch, Albertini, Charcot, Frank, Pitres, etc., avaient établi, d'une manière indiscutable, que le syndrome de l'épilepsie partielle ne peut se produire sans que la substance grise de la région corticale motrice soit excitée. Guidés par ces connaissances acquises, et mettant à contribution l'anatomie pathologique et les nombreux faits de la clinique, un grand nombre d'observateurs ont démontré, à la suite, que toutes les lésions superficielles de l'écorce, ou de la surface méningée de la région motrice ou rolandique, inflammations chroniques, pachyméningite, périencéphalite, adhérence ou ankylose cérébro-méningée limitée, collections sanguines ou purulentes, kystes, sont aptes, aussi bien que les tumeurs et les corps étrangers, à provoquer l'épilepsie partielle ou hémiplégique décrite par Bravais et Jackson. Brissaud émet l'opinion que la surface corticale étant inexcitable mécaniquement, comme nous l'avons déjà rappelé, les corps étrangers et les tumeurs n'arrivent probablement à produire les troubles moteurs périphériques que par l'irritation inflammatoire superficielle qui se développe dans leur voisinage. Par conséquent, lorsqu'on se trouve en présence de ce syndrome jacksonien, et qu'il s'agit d'établir l'étiologie pathogénique, on ne doit pas négliger de rechercher des signes commémoratifs de l'une ou de l'autre de ces lésions inflammatoires, qui pour être moins apparentes et moins faciles à apprécier, n'en constituent pas moins des causes réelles et fréquentes de cette forme d'épilepsie.

Diagnostic : Le diagnostic de l'épilepsie jacksonienne ne saurait offrir de difficulté lorsque la maladie se présente sous l'aspect de l'un ou l'autre des types cliniques isolés et nettement définis, facial, brachial ou crural, que nous avons décrits. On ne pourrait guère éprouver d'embarras, non plus, même en présence des types complexes et généralisés, si l'on prend le soin d'analyser le syndrome convulsif, et, surtout, comme nous ne saurions trop le répéter, de s'enquérir de la *localisation périphérique initiale du spasme et de son mode de généralisation si invariable et si caractéristique*. Certains symptômes concomitt-

tants insolites, certaines formes larvées ou généralisées d'emblée peuvent, seules, faire hésiter le diagnostic.

L'épilepsie étant reconnue comme partielle, et, par suite, présumée symptomatique d'une lésion corticale de la région motrice du cerveau, il s'agit de bien déterminer quelle est sa nature et quel est son siège précis dans la zone des centres corticaux moteurs. Cette double appréciation est d'une extrême importance pour décider le choix de l'intervention thérapeutique qui peut être tantôt médicale, tantôt chirurgicale. Il n'y a guère de maladies des centres nerveux où la question du traitement chirurgical peut se poser aussi formellement que dans l'épilepsie symptomatique. Le diagnostic pathogénique et topographique mérite donc d'être judicieusement élaboré.

En dehors des antécédents traumatiques qui rendent toujours facile le diagnostic de la nature et du siège de la lésion, on doit songer, au point de vue pathogénique, aux tumeurs cérébrales, (gliomes, sarcomes, kystes hydatiques); aux maladies générales dont les proliférations isolées, à la surface cérébro-méningée se rapprochent des tumeurs (syphilis, tuberculose); aux lésions artérielles inflammatoires ou encéphalopathies superficielles chroniques, (pachyméningite, périencéphalite, adhérences cérébro-méningées); ainsi qu'aux diverses intoxications susceptibles d'exciter l'écorce et de déterminer les encéphalopathies artérielles. Ce sont les antécédents du sujet, les signes commémoratifs de l'évolution de la maladie, en même temps que les symptômes actuels qui servent à fixer le diagnostic sur l'un ou l'autre groupe de ces lésions pathogéniques.

Ce diagnostic bien élaboré sert le plus souvent à fixer le choix de la méthode thérapeutique. Les esquilles traumatiques, les tumeurs bénignes, les abcès superficiels réclament les secours de la chirurgie; les lésions inflammatoires chroniques, surtout les lésions syphilitiques, sont plutôt tributaires de la thérapeutique médicale et hygiénique; les tubercules isolés et même les proliférations cancéreuses de l'écorce, coïncidant fréquemment avec des lésions diffuses de même nature, ne peuvent guère bénéficier, d'une manière durable, d'aucune intervention active.

Une fois le diagnostic pathogénique bien élucidé, surtout si l'on croit se trouver en présence d'une lésion qui peut être justiciable de l'intervention chirurgicale, il importe d'établir le diagnostic topographique avec la plus extrême précision. C'est alors que l'on doit appeler à son secours les données de la théorie des localisations cérébrales et en faire l'application sur un schéma anatomique démontrant la limite des différents centres corticaux moteurs. C'est surtout dans ces conditions que l'on peut réaliser la justesse de l'axiome suivant formulé par Charcot, et dont la pathologie cérébrale a retiré les plus grands services: "*La nature des lésions est d'importance secondaire, leur localisation est tout.*"

Si l'on veut s'en rapporter à la description que nous avons donnée, plus haut, des trois types cliniques de l'épilepsie et aux données sur les localisations motrices du cerveau, on se convaincra facilement que le type clinique que revêt la maladie révèle assez sûrement le siège de la lésion dans l'étendue de la zone motrice.

Nous pouvons résumer succinctement, de la façon suivante, la topographie des lésions irritatives de l'écorce qui correspondent à ces trois types cliniques de l'épilepsie jacksonnienne :

Type facial : siège de la lésion irritative : à la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

Type brachial : siège de la lésion à la partie moyenne de la frontale ascendante avec empiètement sur la pariétale ascendante.

Type crural : siège de la lésion irritative : à la partie supérieure des deux mêmes circonvolutions ou du lobule paracentral qui n'en est que le prolongement à la surface interne.

Telles sont les localisations fondamentales qui doivent nous servir de guides et de points de repère pour aller à la recherche des lésions de l'écorce par le moyen de l'intervention chirurgicale. Mais il importe de remarquer que la localisation d'une tension irritative ne peut jamais être aussi précise que celle d'une lésion destructive produisant la paralysie. En effet, l'irritation pathogénique, de même que le courant électrique, se propage comme une onde à travers l'étendue de la surface cérébrale et elle peut ainsi agir à distance du foyer véritable, tandis qu'une lésion destructive ne peut produire des troubles de paralysie que dans les parties dont les fonctions motrices relèvent directement du centre affecté.

Pronostic : Le pronostic est toujours assez sérieux ; il varie nécessairement selon la nature de la lésion pathogénique qui offre plus ou moins de chances au traitement médical ou à l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION

Maintenant, Messieurs, avant d'aborder la question si complexe du traitement de l'épilepsie partielle, permettez-moi de vous soumettre comme corollaire de cette étude un peu théorique. L'observation d'un cas de cette variété morbide qui emprunte une partie de son intérêt à deux symptômes concomittants insolites dans l'histoire de l'épilepsie jacksonnienne, le vomissement cérébral et une paralysie atrophique, avec perte de réflexe dans le membre qui avait été le siège principal des convulsions.

Cette observation vous donnera un exemple en même temps, des heureux résultats que l'on peut parfois obtenir par une thérapeutique purement médicale et palliative, dans ces types morbides dont les causes pathogéniques sont généralement peu accessibles, en dehors de l'intervention chirurgicale.

Les premières crises de la maladie dataient déjà de deux années, lorsque le malade s'est présenté à mon observation. Il m'était adressé par un de mes collègues de cette Université pour raffermir un diagnostic un peu hésitant, sur l'existence de symptômes concomittants insolites, et, aussi, pour me faire déterminer quel parti thérapeutique je pourrais espérer tirer des méthodes de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie considérées, généralement, si utiles dans le traitement des maladies nerveuses.

À première vue, le symptôme le plus saillant qui frappait l'attention, chez ce sujet, était une perte de force musculaire dans la jambe gauche, qui paraissait

douloureuse et trainante dans la démarche. Sa figure portait les traces d'une anémie et d'une maigreur très prononcées. Il rapportait, de lui-même, les troubles de sa nutrition générale à une soi-disant dyspepsie qui s'accompagnait de vomissements fréquents.

A l'examen, la jambe gauche paralysée est flasque et manifestement atrophie ; elle ne donne pas le réflexe rotulien qui est cependant conservé du côté opposé ; de plus, elle est le siège de raideurs, de trémulations et de sensations douloureuses presque continuelles.

En arrêtant notre attention à ces premiers éléments symptomatiques qui ne paraissent pas se rattacher par aucun lien pathologique évident, on eut été loin de soupçonner une cause pathogénique commune ayant son siège dans l'écorce de l'encéphale.

Mais en interrogeant le malade de plus près, au sujet de ses troubles dyspeptiques, il nous fit comprendre assez nettement que ses vomissements sont plutôt des régurgitations partielles des aliments ingérés, régurgitations qui surviennent à tout propos, sans effort, sans malaise ni douleur à l'estomac, sans nausée, et, le plus souvent, sans aucun avertissement.

Il était facile de remarquer que ces vomissements, ou, plutôt, ces régurgitations telles que décrites, se présentaient avec un caractère tout à fait différent de celui des vomissements qui appartiennent au syndrome dyspeptique ou des maladies de l'estomac, et qu'ils rappelaient absolument la caractéristique des vomissements d'origine cérébrale.

Cependant, le patient n'accuse pas de mal de tête habituel ni de vertige, ni aucun trouble visuel. Il raconte que, depuis deux ans, il a subi, à divers intervalles, dans sa jambe gauche, de *violentes crises de nerfs* et il nous révèle de plus que, en deux ou trois circonstances, ces crises convulsives, d'abord limitées au pied et à la jambe, ont gagné progressivement le tronc du membre supérieur, puis le côté correspondant de la face, et, pour une fois, lui ont fait perdre connaissance.

D'après ces derniers renseignements surtout, qui rappelaient tellement le caractère et l'ordre d'évolution de l'épilepsie jacksonienne déjà décrite, nous ne pouvions hésiter à nous arrêter au diagnostic de cette maladie. De toute évidence, nous avons affaire à une forme d'épilepsie partielle ou symptomatique d'une lésion de l'écorce grise motrice du cerveau. La localisation primordiale des sensations de l'aura et des spasmes convulsifs dans le pied et la jambe établissent nettement le *type crural* de l'épilepsie ; et, d'après les données de la théorie des *localisations cérébrales*, le foyer de la lésion devait être situé à la partie supérieure de la zone motrice, ou des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ou dans le lobule paracentral, qui président aux fonctions de la motricité volontaire du membre inférieur. Il ne s'agissait plus que de rechercher les antécédents et les commémoratifs pour établir quelle devait être la nature de cette lésion.

Le patient est âgé de 38 ans. Il a toujours joui d'une santé robuste et d'un tempérament sanguin jusqu'à l'année qui a précédé l'écllosion des premiers symptômes de sa maladie. Il n'offre aucun signe de tuberculose, et l'histoire de sa

famille ne rappelle aucun antécédent tuberculeux. Il n'a jamais été exposé à l'infection syphilitique, et n'a pas souffert d'accident récent à la tête. Mais, il y a quatre ans, il a abandonné son négoce habituel pour entreprendre un commerce plus étendu, qui lui a imposé de plus grandes préoccupations et un véritable surménagement intellectuel. Six mois après, il a commencé à ressentir, vaguement d'abord, cette dépression intellectuelle et morale qui fait présager la neurasthémie grave ou les affections chroniques de l'encéphale : inaptitude au travail, indifférence à tout ce qui l'entourait. Son état s'aggravant, il en était venu à éprouver un véritable dégoût pour ses propres affaires, puis il tomba dans une mélancolie profonde, qui fut marquée, pendant quelque temps, par de fréquentes impulsions au suicide. En même temps, son caractère était devenu de plus en plus irritable, et il était porté à ne rechercher que l'isolement. Son sommeil devint de moins en moins réparateur, et, pendant une période de quelques semaines, l'insomnie fut presque complète. Il continuait encore de se rendre assez régulièrement à son magasin, mais il se plaignait d'une très grande sensibilité au froid, et souffrait surtout du refroidissement des extrémités inférieures. Cependant, sa nutrition générale ne semblait guère altérée, il conservait un bon appétit, sa digestion lui paraissait normale, et il ne ressentait aucun mal à la tête.

Au milieu de l'hiver de 1895, son attention fut attirée, un jour, par une sensation particulière dans le gros orteil et sur le dos du pied (ce qu'il désignait lui-même par l'expression de "petits agacements de nerfs".) Quelques jours plus tard, il éprouva, deux ou trois fois, les mêmes sensations, qui s'étendirent cette fois jusque dans la jambe et le côté externe de la cuisse, en lui donnant l'idée d'une trépidation ou d'une sorte de mouvement de spirale à travers les masses musculaires. Un mois après ces premiers avertissements, les mêmes sensations se répètent à l'orteil, au pied, puis à toute la jambe, qui fut prise presque immédiatement de raideur ou d'extension forcée et devint agitée, peu après, de secousses convulsives violentes et douloureuses, d'abord rapides mais de plus en plus éloignées à la fin, selon le caractère du *clonisme*. Le même jour, il éprouva deux autres attaques, dans lesquelles les spasmes convulsifs gagnèrent le tronc, le bras et la face du même côté, et lui firent perdre connaissance. Le médecin qui fut alors appelé, soupçonnant une maladie grave au cerveau, lui commanda de s'éloigner du centre de ses affaires et de se donner un repos intellectuel complet, par un séjour à la campagne.

Un mois après ce changement de milieu, de nouvelles crises, identiques à celles que nous avons décrites, se répétèrent, avec une intensité et une fréquence encore plus grandes ; elles devinrent comme subintrantes et extrêmement douloureuses, le plus souvent limitées à la jambe, mais s'étendant parfois tantôt au tronc et au bras, tantôt jusqu'à la face du même côté ; et cela pendant trois jours consécutifs, de telle sorte qu'elles jetèrent le désespoir dans l'âme du patient, de tous ceux qui l'entouraient, et même dans l'esprit du médecin. Chose étonnante, malgré cette violence et cette fréquence des crises convulsives qui s'étendaient quelquefois jusqu'à la face, il n'y eut aucune perte de connaissance. Le malade, torturé par les douleurs les plus atroces, surtout à l'épaule, a pu

assister avec conscience à chacune de ces crises et il peut les raconter avec la plus grande précision.

Après trois jours de ces souffrances angoissantes, les orages nerveux s'apaisèrent enfin, mais non sans laisser, après eux, un tel endolorissement dans le membre inférieur, que le patient fut réduit à l'immobilité absolue pendant quinze jours, et ce ne fut qu'après trois mois qu'il put quitter le lit. Pendant cette même période, l'estomac était devenu intolérant et les vomissements apparaissaient avec le caractère particulier que nous leur avons décrit. La jambe gauche, condamnée à l'inertie par une douleur intense qui subissait une exacerbation au moindre essai de mouvement, présenta, d'abord, les signes d'un gonflement étendu auquel firent suite des signes non douteux d'atrophie et de paralysie. Les crises convulsives à *type crural* continuèrent de se répéter périodiquement tous les huit ou quinze jours, pendant plus d'un an, jusqu'à l'époque où le malade est venu sous mon observation; l'intervalle entre les accès étant toujours marqué par différents troubles du sensitivo-moteur, sensations de raideur, de douleurs obtuses, de trémulation et de petites secousses cloniques qui s'étendaient du gros orteil, du dos du pied à la jambe et semblaient se confondre avec les manifestations de l'aura dont le retour de chaque crise est immédiatement précédé.

Tels sont les commémoratifs dont nous avons cru devoir vous retracer la nature complète parce que nous les croyons propres à éclairer le diagnostic de la lésion pathogénique de ce cas particulier d'épilepsie jacksonienne.

Permettez-moi de retenir votre attention sur quelques considérations pathologiques qui s'imposaient à notre esprit pour préciser ce diagnostic pathogénique si important au point de vue du pronostic et surtout du traitement, parce que c'est la nature de la lésion encore plus que sa topographie qui doit nous guider dans le choix de la méthode thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale.

Ici, nous n'avions pas d'antécédents traumatiques pour faire supposer un enfoncement de la table osseuse ou une esquille du crâne irritant l'écorce motrice. L'histoire du cas nous permettait d'éliminer, également, tout antécédent syphilitique et l'idée d'une gomme superficielle cérébro-méningée. Il en était de même pour la tuberculose dont le patient et toute sa famille paraissent absolument indemnes. On pouvait plutôt hésiter sur le diagnostic d'une tumeur cérébrale, kyste ou abcès superficiel, gliome. Mais, malgré le fait des vomissements de caractère cérébral, qu'on peut rencontrer dans ces cas, mais plus fréquemment dans les lésions de la base de l'encéphale, l'absence de céphalalgie ou de douleur limitée à un point de la surface cranienne, comme on l'observe presque toujours lorsqu'une tumeur vient irriter l'écorce grise et les méninges simultanément, l'absence également de parésie ou de sensations, de fourmillement dans les membres, qui précèdent souvent l'apparition des accès épileptiques, chaque fois qu'une tumeur primitivement développée dans les faisceaux sous-corticaux vient à irriter l'écorce et les méninges sus-jacentes, nous laissent trop de doute pour nous arrêter à la seule hypothèse d'une tumeur ou d'un abcès à la surface du cerveau.

Il ne nous restait qu'à refaire la synthèse des commémoratifs et à rechercher

les symptômes qui caractérisent l'évolution des lésions pathogéniques du troisième groupe que nous avons citées, les *lésions artérielles* ou *inflammatoires chroniques*, qui, d'après Brissaud, interviennent pour une large part dans l'étiologie de l'épilepsie jacksonnienne.

Le patient, âgé de 38 ans, qui a toujours joui d'une santé parfaite, n'était ni goutteux, ni diabétique, ni alcoolique, et ne pouvait guère être soupçonné d'artério-sclérose ou d'athérome. Mais il a subi une période de surmenage intellectuel et de surexcitation dans les affaires commerciales, pendant que, dit-il, il habitait un magasin très froid et humide, ce qui lui paraissait être la cause du refroidissement habituel des extrémités. Les premiers symptômes de la maladie se sont traduits par une mélancolie progressive, une dépression mentale, une obnubilation de l'intelligence, avec perte de mémoire et changement de caractère que l'on observe ordinairement dans les encéphalopathies artérielles, syphilitiques ou autres, de l'encéphale dans la première période de la méningo-encéphalite ou de la périencéphalite chronique.

La prédominance des symptômes moteurs périphériques dans un seul membre, siège de troubles sensoriels permanents et de l'aura, en même temps que l'absence de manifestations délirantes, indiquaient que l'encéphalopathie avait été circonscrite et laissait soupçonner vraisemblablement une complication d'exsudat superficiel ou d'adhérence cérébro-méningée dans une partie limitée de la zone motrice d'un seul côté.

Je ne saurais terminer cette étude sans m'arrêter à quelques considérations sur la pathogénie des deux symptômes concomittants que nous avons signalés comme associés d'une manière insolite au syndrome de l'épilepsie jacksonnienne chez notre sujet.

Les vomissements ne se rencontrent pas régulièrement dans toutes les maladies organiques du cerveau. Ils sont particulièrement plus fréquents dans les affections de la base, de la protubérance ou du cervelet. Leurs causes occasionnelles, dans ces conditions, sont surtout les changements d'attitude ou de position; ils sont souvent accompagnés de vertige. Dans le cas qui nous occupe, le vertige caractéristique n'existait pas, et les changements d'attitude n'exerçaient aucune influence sur la production des vomissements, et rien dans le symptôme, par conséquent, ne pouvait établir une présomption contre le diagnostic d'une lésion siégeant à la partie supérieure de la zone motrice de l'une des hémisphères.

Maintenant, pour ce qui regarde l'interprétation pathogénique de la paralysie et de l'atrophie musculaire du membre, siège primitif des spasmes convulsifs de l'épilepsie partielle, trois questions fondamentales se présentent à l'esprit pour en arriver à une explication satisfaisante. *Cette paralysie et cette atrophie doivent-elles être rattachées directement à la lésion cérébrale, ou à une lésion secondaire des faisceaux conducteurs et des cellules des cornes grises antérieures de la moëlle, ou à une altération purement périphérique des nerfs et des muscles?* en d'autres termes, ces symptômes concomittants de l'épilepsie jacksonnienne, chez notre malade, étaient-ils d'origine cérébrale, myélopathique ou purement périphérique?

Les maladies corticales ou sous corticales du cerveau, tumeurs, hémorrh-

gies, ramollissement, peuvent déterminer, dans les membres d'un seul côté, des paralysies suivies de contractures et quelquefois d'atrophie musculaire. C'est, alors, par une influence bien reconnue, c'est en portant atteinte aux faisceaux sous-corticaux et pyramidal par un processus de sclérose ou de dégénérescence secondaire qui, en se communiquant aux cellules des cornes grises antérieures, centre trophique des muscles, provoquent les troubles trophiques en même temps que les troubles moteurs. Mais, chose importante à noter, ce processus de sclérose s'accompagne invariablement d'une exagération des réflexes qui faisait complètement défaut chez notre malade.

Quant à supposer une influence inhibitoire, ayant son point de départ dans une lésion du cerveau et agissant à distance sur la nutrition des muscles, sans intéresser les faisceaux de conductibilité et les cellules des cornes grises antérieures de la moëlle autrement que par une altération purement dynamique, le fait, sans pouvoir être nié d'une manière absolue, est tout à fait exceptionnel. Raymond, successeur de Charcot à la Salpêtrière, rapporte quatre cas de tumeurs cérébrales, suivies de paralysies et de convulsions, dont deux ne présentèrent à l'autopsie qu'une altération secondaire des faisceaux conducteurs, sans altération appréciable des cellules de la moëlle, et deux autres seulement, celui de Quinke et de Wegner, n'offraient aucune trace de dégénérescence secondaire, ni dans les faisceaux, ni dans les cornes grises de la moëlle épinière.

C'est en se basant sur ces faits aussi peu nombreux que nouveaux que Quinke a émis l'hypothèse : " Que dans l'écorce grise du cerveau il existe à la fois des centres moteurs et des centres trophiques distincts les uns des autres."

Mais Raymond ajoute qu'il ne peut se porter garant de l'exactitude de cette hypothèse et qu'il ne la donne que pour ce qu'elle vaut, en attendant de nouveaux faits.

Une paralysie incomplète, limitée à un seul membre, précédée de raideur et de spasmes, suivie d'atrophie avec perte des réflexes est un phénomène qui pouvait laisser soupçonner, à première vue, une myélite hémilatérale.

Mais une myélite limitée à un seul segment de la moëlle, *idiopathique*, non progressive, est une telle rareté en clinique qu'il n'en faut guère tenir compte. On la rencontre, au contraire, comme élément important du syndrome des myélites hémilatérales *symptomatiques* du développement d'une gomme syphilitique, d'une tumeur quelconque, cancer ou tubercule, aux dépens du canal osseux ou des méninges spinales.

Ces myélites par compression, à part qu'elles ne présentent pas les véritables crises épileptoïdes que nous avons décrites et qu'elles ont une évolution bien distincte, s'accompagnent presque invariablement d'un point douloureux fixe sur le parcours de la colonne vertébrale : point qu'il importe toujours de rechercher dans l'analyse de tout syndrome myélitique.

Notre malade, qui n'était ni cancéreux ni syphilitique, n'offrait à l'observation aucun point douloureux sur l'axe vertébral ; ce qui, joint aux manifestations bien confirmées d'une épilepsie corticale, devrait éloigner l'idée d'une myélite hémilatérale par compression comme cause pathogénique de la paralysie atrophique de la jambe.

Mais nous avons à penser qu'il existe un autre groupe de lésions nerveuses qui se traduisent par la *paralysie* et l'*atrophie avec disparition des réflexes*, c'est la *névrite périphérique*.

Il suffira, pour le cas qui nous occupe, de vous rappeler les crises de convulsions presque subintrantes, excessivement douloureuses et violentes dont le sujet a été atteint, un mois après le début de sa maladie, le gonflement avec endolorissement extrême, puis l'atrophie et la perte de réflexes qui ont fait suite à ces premiers phénomènes morbides dans la jambe qui avait été le siège principal des spasmes convulsifs pour faire admettre qu'on se trouvait bien là en présence de conditions pathogéniques très propres à développer, comme par une influence traumatique, l'inflammation secondaire dans les nerfs et même dans les muscles du membre affecté.

En admettant cette hypothèse d'une névrite périphérique, associée ou non à la myosite, on peut s'expliquer facilement la parésie et l'atrophie consécutives de la jambe ainsi que la perte du réflexe patellaire qui sont apparues chez notre malade à la suite des plus violentes crises de son épilepsie partielle. Nous ajouterons qu'un retour assez marqué de ce phénomène de Westphal, après cinq mois de traitement, nous paraît également confirmatif du diagnostic de névrite périphérique, auquel nous nous étions arrêté au début, car la réintégration des nerfs et des fonctions qui en dépendent est un fait presque habituel dans les névrites.

Traitement : D'après ces conceptions pathogéniques auxquelles nous nous étions arrêté pour établir le diagnostic de la nature de la lésion cérébrale et la pathogénie de la paralysie atrophique de la jambe, le choix de la méthode thérapeutique nous semblait suffisamment indiqué.

Nous n'avions aucune raison de songer à l'intervention chirurgicale, comme l'indication s'en fut présentée dans les suites d'un traumatisme ou dans la présomption bien établie d'un abcès ou d'une tumeur superficielle de l'écorce du cerveau. Dans l'hypothèse d'une lésion primitivement artérielle, subaiguë et chronique, vraisemblablement compliquée de sclérose ou d'adhérence, le premier traitement à essayer ne pouvait être que palliatif. Nous devions, en premier lieu, chercher à diminuer l'excitabilité des éléments nerveux de l'écorce et du centre spinal en même temps que de modifier, si possible, l'état des vaisseaux et la nutrition de la zone affectée.

L'électrothérapie, par la méthode d'Erle, ou la galvanisation centrale du cerveau, nous parut le meilleur moyen de réaliser ce double but : électrode positive sur le front, et sur la région temporale droite, qui correspondait de plus près au siège de la lésion corticale, séance de 5 à 10 minutes tous les jours, au début et tous les deux ou trois jours, une fois la sédation obtenue et les crises épileptiques éloignées et disparues.

Contre la parésie et les troubles de la nutrition nerveuse de la jambe gauche qui nous semblaient devoir être rapportés à une névrite et myosite consécutives aux violents accès de convulsions épileptiformes, à type crural, nous avons cru utile de recourir à l'hydrothérapie chaude et froide mitigée (douches écossaises) associée aux frictions et massage, pour revenir ensuite à l'électrisation.

Les résultats obtenus après les trois premières semaines de traitement furent les suivants : les accès de convulsions partielles à la jambe ne s'étaient répétés que deux fois, tandis que, durant les derniers mois qui avaient précédé, les crises survenaient tous les 8 ou 10 jours et donnaient 7 à 8 accès par jour à chacune de ces périodes ; le malade se trouvant ainsi réduit à une impuissance presque complète. Les vomissements étaient moins fréquents, la nutrition s'était améliorée, comme le prouvait une augmentation de poids de sept livres. L'état moral s'était relevé d'une manière frappante.

Le traitement interne, par les iodures, fut alors institué concurremment à l'électrothérapie, après consultation avec son médecin habituel. L'amélioration fut progressive et assez rapide. Après deux mois, le patient put commencer à s'occuper activement de ses affaires qu'il n'a pas été obligé d'interrompre depuis. Durant les derniers cinq mois, deux crises seulement, très légères, sont survenues ; les vomissements sont de plus en plus rares, la nutrition s'est réparée presque complètement, et le poids qui n'était que de 112 livres, en octobre dernier, est aujourd'hui de 143, ce qui a été pour le sujet un poids normal depuis plusieurs années. Chose importante à noter, le réflexe rotulien qui était nul durant le premier mois est aujourd'hui facile à constater, quoique plus faible et un peu plus lent qu'à l'état normal. Cependant, l'atrophie musculaire du membre affecté est encore manifeste et persistante, bien que l'énergie et la résistance des muscles soient en partie recouvrées, le malade pouvant marcher souvent sans canne et se livrer à des exercices assez actifs.

Depuis près de trois mois, les accès d'épilepsie partielle semblent être complètement éloignés, mais le sujet n'en continue pas moins de ressentir, dans sa jambe, les mêmes troubles de la sensation musculaire qu'au début : trémulation, raideur partielle plus ou moins douloureuse, et quelquefois un véritable clonus intérieur, mais non accompagné de mouvements extérieurs appréciables. Ces diverses sensations ont le plus souvent leur localisation primordiale au gros orteil et sur le dos du pied comme l'aura, avec laquelle elles semblent se confondre. Elles tiennent presque constamment l'attention du malade en éveil et sont comme un avertissement qui trahit la persistance d'une lésion irritante dans l'écorce de la partie supérieure de la zone motrice.

Malgré les bons effets qui ont suivi le traitement, plutôt palliatif, que nous avons institué par les agents physiques et les iodures, le pronostic pour l'avenir comporte les plus grandes réserves. En effet, la lésion désormais, passée à l'état chronique, tient du processus de la sclérose, et on ne peut la faire disparaître complètement. Tout au plus, peut-on espérer éloigner les crises en modifiant l'excitabilité cérébrale et régulariser la fonction de la nutrition générale. Le malade devra donc se résigner à vivre dans un état d'imminence morbide continue, toujours plus ou moins exposé à rencontrer des conditions physiques ou morales capables de provoquer une recrudescence de son épilepsie partielle.

QUELQUES NOTES

SUR UN CAS DE MORTALITÉ ASSEZ ÉTRANGE

A LA SUITE D'UNE INJECTION DE SÉRUM ANTIDIPTÉRIQUE 'ROUX'⁽¹⁾

Par le Dr P. V. FAUCHER, de Québec.

Jos Bérubé, âgé de 17 ans, grand, gros et fort, vient à mon bureau le 11^e décembre 1896, vers 3 heures, P. M., me demander avis sur "un mal de gorge" dont il souffre depuis une quinzaine de jours.

Au début, un médecin consulté diagnostique la diphtérie et lui ordonne des applications intérieures et extérieures à la gorge. 12 ou 13 jours après, les symptômes sont disparus. Il est assez bien le 10 Dec., pour sortir de sa chambre et jouer à la balle au dehors, une bonne heure durant. Le lendemain, son mal de gorge revient, mais léger. de là sa sortie du collège et sa visite à mon bureau.

Sa santé, en apparence, est excellente : le pouls bat normalement à 82, le pharynx est un peu congestionné ; sur l'amygdale gauche on voit une petite plaque grisâtre que je crus d'abord être de formation récente et d'origine diphtérique. L'amygdale droite est un peu plus grosse qu'à l'état normal, mais ne semble pas malade. Pas de fièvre, aucune élévation de température au thermomètre. Le malade n'a eu que de légers maux de gorge depuis son enfance : aucune autre maladie.

Je lui injecte, séance tenante, 10 cc. de sérum antidiphtérique "Roux" dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale, après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires.

Il retourne chez lui et garde sa chambre.

28 heures après, je me rends auprès de mon malade qui se plaint alors de malaise, de sécheresse à la gorge, et de vomissements opiniâtres. Pouls à 78, plein, frappe bien, mais sec, semblant indiquer un obstacle dans la grande circulation. L'intelligence est parfaite ; aucune douleur vive ; peau sèche ; température 98°. 2 F. Les deux amygdales sont devenues noires ; la plaque grisâtre est disparue. Sur la luette et sur le palais mou on peut voir quelques petites hémorragies sous la muqueuse. Le malade n'a pas eu de selles, et n'a uriné qu'une fois et peu depuis la veille. Les matières vomies, même la glace, sont colorées brun, et les urines, me dit le malade, sont bleu foncé.

Il accuse sur le bras gauche, surtout au coude et au poignet, une douleur et un gonflement légers. Sur le cou-de-pied apparaissent quelques petites taches de pétéchies.

J'ordonne une diète absolue, moins un peu de glace et de champagne, et un bain d'eau chaude.

Le lendemain, température 100° F., pouls 96, vomissements continuels et de même nature que la veille ; le malade passe un peu d'urine renfermant de

(1) Communication à la Société Médicale de Québec, séance du 28 avril.

l'albumine ; les pétéchiés sont plus nombreuses aux pieds, quelques-unes se montrent sur les mains et sur les oreilles. Regard plein d'anxiété, mais intelligence parfaite. Le 14, j'appelle à mon aide Mr le Dr. Ahern.

" Au premier abord, me dit le Docteur, on ne le dirait pas malade. " En effet, il ne semble pas y avoir de dépression, ni mentale, ni physique, et la figure reflète la santé.

Le poignet et le bras gauches sont gonflés et douloureux. Il y a des pétéchiés sur les pieds, sur les doigts et sur les oreilles. Même état de la gorge. Suivant l'avis du Dr. Ahern, je fais transpirer le jeune homme à l'air surchauffé, sec, et le malade passe le lendemain une urine plus abondante et



presque sans albumine. Légère selle ; mais les vomissements restent incoercibles. Les pétéchiés augmentent et envahissent peu à peu tout le corps. La luette et les amygdales sont noires et tombent littéralement en lambeaux. L'apparence est encore bonne, moins cet air d'anxiété que l'on n'aime jamais à rencontrer. Le sang suinte partout, par la peau et les muqueuses, du nez, des intestins (selles noires), de la vessie, de la bouche. etc.

Le 16, même état avec un léger délire, dans un demi-sommeil

Le 17, je remarque que les pétéchiés semblent toutes se grouper aux articulations et en radiations, suivant les courbes des troncs nerveux à leur point de départ des centres et dans leur distribution, comme vous pouvez le constater par les photographies ci-jointes prises ce jour-là. Il y a de vives douleurs au poignet et au coude gauches.

Le soir, son état empire avec délire, mais non violent : je désespère de mon malade qui ne se soutient que grâce aux substances absorbées par le rectum.

Du 17 au 22, il persiste dans ses vomissements incoercibles : il tombe dans le colapse et meurt dans la nuit du 23.

La température a toujours été normale ou en bas de la normale, moins la deuxième journée où elle s'est élevée à 100° F. le soir.

Jamais je n'ai pu retracer un ganglion cervical ou autre.

Quelle est la cause de cette mort, me suis-je demandé ? Le bacille de Löffler ou sa toxine ?... Il est possible. Toutefois, l'examen microscopique et les cultures d'une portion de ces amygdales gangrenées, prises trois jours avant la mort, n'ont pu retracer le bacille et n'ont donné que des résultats négatifs après des recherches minutieuses faites par mon bienveillant confrère, le Dr. M. Brophy : voici ce qu'il m'écrivit à ce sujet :

" Mr. le docteur Faucher, "

....." Le tube dans lequel vous avez mis un morceau de détritus de la gorge ne contenait, en culture sur sérum, ni bacille de la diphtérie, ni streptocoques, mais j'ai trouvé entre autres un gros bacille court, à extrémités arrondies, réuni à deux ou plus, sans capsule, lentement mobiles, etc."

De plus, les trois symptômes qui caractérisent une pharyngite diphtérique, selon le Dr. J. Lewis Smith, je veux dire la fièvre, les gonflements et l'albumine dans les urines, font ici défaut. J'ai bien rencontré un peu d'albumine le deuxième jour, mais, 36 heures après, je n'ai pu en retrouver la trace.

J'avais donc affaire à un empoisonnement septique du sang ? Il est peu probable. Cet empoisonnement se rencontre chez ceux où les membranes sont étendues profondément incrustées, et leur décomposition est accompagnée d'un écoulement fétide. Il y a toujours adénite ou cellulite cervicale qui cause un gonflement considérable du cou. Rien de tout cela ici. En outre, on n'a pu retrouver le streptocoque.

Le sérum contaminé, me direz-vous ? Je ne le crois pas, comme semblent le prouver l'absence de toute réaction locale à la suite de l'injection et la lettre suivante de Mr. Brophy, qui a eu la complaisance d'expérimenter avec la balance du sérum contenu dans le tube ayant servi pour ce malade.

Ste Foye, P. Q., Déc. 22 1896

Mr. le Dr. Faucher,
Québec.

Cher docteur,

J'ai examiné le sérum antidiphtérique, portant la date du " 15 nov. 1896 ", que vous m'avez apporté. Voici le résultat : à l'examen direct au microscope, rien. En culture sur gélose et sur gélatine nutritive, rien. En inoculation sur lapins à la dose de 3 cc., rien d'anormal. Donc ce sérum n'a pas été contaminé par des microbes étrangers, et il ne contient pas de toxines ayant une action pathogène sur les lapins. Je considère ce sérum normal.

Votre dévoué,

M. BROPHY, M. D. L.

Que conclure donc de tout ceci ? Que ce jeune homme est mort d'empoisonnement par le sérum antidiphtérique normal ? Je le crois, tout en regrettant aujourd'hui d'avoir oublié de demander à mon excellent ami, Mr. le Dr. Brophy, d'expérimenter avec les détritüs de la gorge du malade par injections sur des animaux sains : c'eut été plus précis et plus complet.



Et d'ailleurs est-il possible qu'une injection de sérum normal donne lieu à de semblables symptômes et cause la mort ?

Quelques faits, isolés, il est vrai, mais assez nombreux cependant pour qu'on s'y arrête, semblent le prouver.

Permettez-moi de vous citer les notes suivantes prises un peu partout :

Dans le rapport publié par le Bureau de Santé de l'empire germanique, pour le premier quartier de 1895, nous trouvons que sur 2228 cas de diphtérie qui ont été traités par l'antitoxine, il y a eu :

207 cas d'exanthème.

103 cas d'exanthème scarlatinoïde. aussi bien que d'érythème multiforme.

75 cas d'éruptions ressemblant à l'urticaire.

2 cas de pemphigus.

24 cas de douleurs articulaires et des membres.

22 cas d'albuminurie.

16 cas de paralysie.

3 cas de syncope (cardiaque).

6 cas de fièvre élevée pendant un certain nombre de jours.

“ Si on en déduit les cas d'albuminurie, de paralysie et de syncope, et qu'on

s'en tienno aux complications amenées par le sérum, on les retrouve dans 420 cas, c'est-à-dire 23. 3 par cent ”

Voilà la conclusion de ce rapport cité par Gottstein.

Lenox Browne raconte que, sur 5 cas sous ses soins, 2 sont morts d'anurie complète, 35 à 45 heures après l'injection.

Engel-Bey affirme que bien souvent, après les injections de sérum, la faiblesse existant déjà a beaucoup augmenté, les enfants tombant dans un état de prostration, dont ils ne se relevaient pas. De même Pistis, Soltmann, Timmer, Guinon, Ronfilance, Alfeldy, Moizard et Bouchard, etc, citent un certain nombre de cas de colapse fatal survenant peu après des injections de sérum.

Peut-on enfin ne pas se rappeler la mort subite d'un enfant du professeur Langerhans, auparavant en bonne santé, qui succombe immédiatement après une injection d'antitoxine de diphtérie ?

Je termine par la citation du cas suivant, rapporté par Hagenbach, et qui se rapproche peut être le plus de celui que je viens de vous communiquer :

“ Chez une enfant souffrant de diphtérie pharyngée sévère, de gonflements secondaires des ganglions et d'albuminurie, nous observâmes, 3 jours après une injection de sérum (10 c. c.), l'apparition de pétéchies sur la peau, d'abord sur le cou, plus tard sur tout le corps, les membranes très étendues s'exfolièrent en quelques heures—24 heures après l'injection,—laissant des surfaces ulcérées saignant facilement. Il y eut coïncidemment chute complète de la fièvre.

Après un pronostic apparemment favorable pendant quelques jours, le septième jour après son entrée à l'hôpital, surviennent des vomissements abondants, qui, en dépit d'irrigations gastriques et d'alimentation rectale, ne purent être contrôlés. Trois jours après, la mort survint par colapse. ” Les pétéchies cutanées, les hémorrhagies sur la muqueuse de l'intestin et la condition du cœur et des reins à l'autopsie, l'auteur croit devoir les attribuer au sérum...

“ Cette forme de gastro-entérite hémorrhagique, dit un auteur, est une des compagnes les plus fréquentes et les plus caractéristiques de l'intoxication appelée “ ferment de fibrine ” (fibrin-ferment).—En tout cas, l'antitoxine est aussi capable de produire de semblables phénomènes, comme on peut le présumer en se basant sur les effets produits par l'injection intraveineuse de sérum hétérogène dans les expériences sur l'animal.—L'apparition d'une entérite hémorrhagique et folliculaire, après les injections de sérum, n'est donc pas un phénomène inattendu.

“ De fait, il est remarquable de voir combien souvent, en sérumthérapie, les selles fétides et même sanguinolentes, ont été observées.

En 1894, Schleich et Hansemann admettaient emphatiquement la possibilité de semblables accidents. N'est-il pas admis, en outre, par tous les sérothérapeutes actuels, du moins par Roux, Behring, Guinon, etc., que des éruptions cutanées, entre autres l'urticaire et différents exanthèmes, sont des conséquences fréquentes des injections de sérum ?...

Les faits déjà cités et ceux qui suivent enlèvent tout doute à ce sujet : Cuno rapporte, en décembre 1896, que sur 483 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, il y a eu 104 cas d'exanthème et 21 cas de douleurs articulaires.

Frank M. Pope relate deux cas d'urticaire sur 4 malades injectés avec du sérum contre la fièvre typhoïde.

En janvier dernier, Behring ne nie pas la possibilité de semblables accidents, mais il les attribue aux corps albumineux, aux sels, et aux impuretés accidentelles, qui tous n'ont aucune valeur thérapeutique.

Et il cherche alors un moyen d'éliminer du sérum ces substances nuisibles, tel que par des solutions concentrées et sous forme de poudres sèches.

Vous avouerez qu'on ne peut mieux admettre ces accidents du sérum, puisque le maître cherche les moyens de les faire disparaître.

M. Chapman, de Londres, cite, en avril dernier, un cas de traitement du tétanos par l'antitoxine, où surviennent une éruption sur le corps et une douleur, un œdème et gonflement de plusieurs articulations, symptômes qui persistent pendant trois semaines...

Le Dr J. W. Washbourn raconte 2 cas de pneumonie traités par le sérum antipneumonique. Les deux ont été atteints d'urticaires... De même, le Dr Samuel Boake se trouve en face d'un urticaire intense à la suite d'injections anti-streptococciques.

Le Dr Roux, dans sa célèbre communication, à Buda-Pest, de ses premières expériences avec son sérum antidiphthérique, dit : " Parfois aussi, pendant la convalescence, nous avons vu survenir des éruptions, analogues d'aspect à l'urticaire, et provoquées par le sérum. "

On ne peut être plus clair...

Et combien d'autres ? Car je ne cite ici que les cas qui me sont tombés accidentellement sous les yeux...

D'ailleurs, laissez-moi vous citer de la *Revue Médicale de Louvain*, du 25 novembre dernier, ces paroles qui résument bien ma pensée : " Il y a une toxine qui produit presque à coup sûr de l'urticaire, c'est la toxine diphthérique, et les injections de sérum antidiphthérique entraînent fréquemment l'apparition de cette éruption. Du reste, les autres sérums paraissent avoir une action identique sur le système vaso-moteur. "

Mais sait-on quelle est la cause de l'urticaire ?...

Selon le plus grand nombre d'auteurs, la cause immédiate de cette affection se trouve en toutes probabilités, dans un trouble vaso-moteur d'origine centrale, peu importe la cause excitante. L'élément essentiel à la production de l'éruption est un spasme d'une branche terminale localisée de vaisseaux sanguins, suivi d'un relâchement de ces mêmes vaisseaux avec effusion subséquente de fluide, un œdème localisé de la peau. Ce qui confirme cette opinion, c'est que l'éruption disparaît entièrement après la mort, et des coupes microscopiques prises durant la vie ont révélé de l'œdème avec quelque transudation de leucocytes, et, apparemment, quelque dilatation de lymphatiques.

D'un autre côté, où trouver la cause du purpura ?... On en revient encore, ici, à un trouble vaso-moteur.—Le fait que des ecchymoses ou pétéchies ont été produites par des blessures du cordon spinal, et l'observation, faite depuis longtemps déjà par Weir Mitchell, que des points douloureux sévères, développés sur

la peau, sont, dans quelques cas, suivis d'ecchymoses, semblent confirmer la théorie d'origine nerveuse de la maladie...

Voilà bien, il me semble, deux affections qui ont une origine, une cause commune, et qui se touchent de bien près... Dans l'une, la cause ou l'effet de cette cause est léger : dans l'autre cas, la cause agit plus violemment. Voilà toute la différence : une question de plus ou de moins...

Et si le sérum normal peut causer l'urticaire, qu'il rencontre un terrain plus favorable et il fera naître du purpura...

Enfin, n'est-il pas raisonnable de croire qu'il peut y avoir des idiosyncrasies pour ces agents puissants comme pour les autres médications ? Ce sérum, qui est un médicament bienfaisant pour la plupart, ne peut-il être poison pour quelques-uns ?

Où bien doit-on supposer qu'il existe une ou des périodes de la maladie certaines conditions physiologiques ou pathologiques où l'antitoxine, loin de neutraliser l'effet de la toxine, vient faire cause commune avec elle et attaquer ce qu'elle devait défendre ? Je vous avouerai, en toute franchise que cette dernière idée me sourit, considérant ce qui se passe généralement après une injection d'antitoxine : une réaction vive qui guérit le plus souvent et rapidement ou qui s'ensuit d'un dénouement fatal, qui me paraît parfois accéléré.

Espérons qu'un avenir prochain nous éclairera plus parfaitement, et qu'après la découverte d'un moyen si puissant et si efficace, viendra bientôt celle des limites de son administration.....

Paris, cette enfant gâtée du dieu des sciences, recèle encore des rayons capables de dissiper les ombres qui enveloppent la sérothérapie, et les fils de l'immortel Pasteur, dont l'aîné, Roux, a déjà montré qu'il était digne de son père en sciences, n'ont pas dit leur dernier mot au monde des souffrants.....

Intoxication par un suppositoire belladonné.—Le Dr DESCHAMPS a communiqué, à la Société de Médecine de l'Isère, une intéressante observation.

Notre confrère fut consulté par une dame, chez qui un trouble considérable de la vision était survenu brusquement ; depuis ce moment la lecture était impossible.

A l'examen pas de lésion. On ne trouve qu'une paralysie totale de l'accommodation et une légère dilatation de la pupille.

Rien ne pouvait expliquer cet état quand la malade se rappela avoir mis, le jour où l'accident lui était arrivé, un suppositoire belladonné pour combattre des hémorroïdes. Deux jours après tout était rentré dans l'ordre.

Le Dr AUDIER, de Naples, a donné lecture, à l'Académie de Médecine, d'un travail dans lequel il décrit, sous le nom d'ASTIOLES, de petits orifices siégeant à la surface des séreuses, orifices qui, d'après l'auteur, mettraient en communication les voies lymphatiques et même sanguines avec la surface des muqueuses.

ERRATUM

Dans la livraison de juin, page 379, au bas de la page, 31e ligne, au lieu de *cancer du sein*, veuillez lire *cancer du rein*.

“SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC”

Séance du 28 avril 1897

Cette séance est présidée par M. le Dr A. VALLÉE.

Le procès-verbal est adopté.

Les Messieurs dont les noms suivent sont admis comme membres actifs de la Société :

Dr Edwin Turcotte, Québec ; Dr Edgar Morin, Hedleyville ; Dr A. Rousseau, Québec ; Dr Fluhmann, Roberval ; Dr Albert Giroux, Isle-Verte ; Dr Frs. Langlais, Trois-Pistoles ; Dr Gingras, Québec.

Monsieur le Dr Brochu, professeur à l'Université Laval, avait préparé un travail d'un grand mérite sur l'épilepsie jacksonnienne. Après avoir démontré une série d'observations préliminaires sur les localisations cérébrales motrices, il nous fit l'étude clinique d'un cas de cette variété d'épilepsie compliquée de paralysie atrophique de la jambe, traitée avec succès par l'électricité.

Après ce travail, qui lui mérita de grands éloges, M^r le Dr Chs. Verge communiqua à l'assemblée un cas de pratique fort intéressant présenté par le Dr Jos. Langlais, de Trois-Pistoles. Ce travail, ainsi qu'un troisième, sur un cas de mortalité à la suite d'une injection de sérum “Roux,” excessivement bien préparé, par le Dr P. V. Faucher, de Québec, terminent la séance. Il fut décidé, à l'unanimité, que la séance de mai serait exclusivement consacrée à la discussion de travaux aussi importants.

On ajourne à la 3^{ème} semaine de mai.

C. R. PAQUIN, M. D.

Secrétaire.

De la hernie inguinale directe.—On sait que les anatomistes décrivent trois fossettes péritonéales sur la paroi postérieure du canal inguinal : la fossette externe, située en dehors de l'artère épigastrique, la fossette interne située en dedans de l'artère ombilicale, enfin la fossette moyenne, située entre les deux artères épigastrique et ombilicale.

Les pathologistes ont appelé hernie directe celle qui pénètre dans le trajet inguinal par la fossette moyenne.

Cependant, l'existence de cette hernie directe est controversée, et M. le professeur JEANNEL, de Toulouse, vient de faire sur ce sujet une leçon clinique, publiée dans les *Archives Médicales de Toulouse*. Pour lui l'existence de la hernie directe est indiscutable.

La lésion de la hernie directe c'est l'absence ou la disparition de la paroi postérieure du canal inguinal. Aussi, l'acte principal dans la cure radicale de cette hernie, c'est la réfection de la paroi inguinale postérieure, au moyen d'une suture de Bassini large et solide.

M. JEANNEL ajoute que dans toute cure radicale de hernie directe, il convient d'examiner le canal crural et souvent d'en pratiquer l'occlusion, pour prévenir une transformation de la hernie inguinale directe en hernie crurale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

GUÉRISON RADICALE DU CANCER ÉPITHÉLIAL

CERNY et TRUNECEK, (de Prague).—*La Semaine Médicale*, 4 mai 1897.

Les docteurs Cerny et Trunecek, de Prague, viennent de publier un important travail dans la *Semaine Médicale*, relatif au traitement du cancer épithélial par l'application externe sur le tissu cancéreux d'un mélange d'acide arsénieux dans de l'alcool et de l'eau.

Les auteurs se sont arrêtés à la formule :

Acide arsénieux pulvérisé.....	1 gramme (15 grains)
Alcool éthylique.....	à 75 grammes (2½ onces)
Eau distillée.....	

Ils ont appliqué ce traitement à des cas de cancers exulcérés ou superficiels et ils procèdent comme suit :

Le foyer néoplasique est soigneusement nettoyé et abstergé; il ne faut pas craindre, pendant cette manœuvre, de faire sourdre un peu de sang frais à la surface de la tumeur; au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse sur une faible étendue, car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence de sang frais; d'ailleurs quelques gouttes suffisent parfaitement, et, si le sang s'écoulait en trop grande abondance, il faudrait sécher un peu la plaie avant d'appliquer le remède. On agite alors la mixture arsenicale et, à l'aide d'un pinceau, on en badigeonne toute la surface du cancer. On laisse évaporer à l'air libre, puis on panse à plat, si c'est nécessaire, mais il est toujours préférable de laisser l'ulcère sans pansement.

À la suite de cette application, le malade éprouve généralement pendant quelques heures de la douleur, qui est du reste supportable. Dès le lendemain le néoplasme est complètement recouvert d'une eschare produite par l'action de l'acide arsénieux. Chaque jour, un nouveau badigeonnage est pratiqué sur cette croûte qui, de jaunâtre qu'elle était au début, devient successivement brune puis presque complètement noire.

Le premier jour, l'eschare est fortement soudée par sa base au tissu sous-jacent, et l'on ne pourrait l'enlever sans déterminer une large perte de substance aux dépens de la tumeur. En outre, elle est mince et ne recouvre partiellement qu'une partie de l'ulcère; mais elle s'épaissit peu à peu et finit par envahir toute la surface du foyer morbide. À ce moment, les douleurs ainsi que l'odeur repoussante dégagée par le processus de mortification se sont dissipées. Au bout d'un certain temps, on s'aperçoit que les bords de la croûte, moins adhérents, commencent à se soulever. Le sillon ainsi formé s'accroît chaque jour et une sérosité blanchâtre suinte des bords de l'ulcère. Le traitement est régulièrement continué jusqu'à ce que l'eschare, devenue facilement mobilisable, ne tient plus au tissu sous-jacent que par quelques petits faisceaux fibreux; on sectionne alors ces filaments et l'on enlève la croûte. Celle-ci, d'une épaisseur variable suivant les cas, offre une consistance très dure et est essentiellement formée de tissu cancéreux complètement momifié par l'acide arsénieux.

L'eschare détachée, on badigeonne de nouveau avec la mixture arsenicale alcoolisée le fond de l'ulcère: si, le lendemain, l'on ne voit apparaître qu'une

croûte jaunâtre mince et facile à enlever, on peut être assuré que la plaie guérira toute seule et qu'il ne reste plus une parcelle de tissu carcinomateux dans le foyer pathologique. Mais, s'il se forme une croûte de couleur foncée, résistante, adhérente, il faut poursuivre le traitement jusqu'à la régression totale des derniers éléments cancéreux.

Au cours de la médication, les auteurs emploient parfois un topique plus énergique à 1 p. 100 et même 1 p. 80.

Dès qu'il n'existe plus trace de tissu cancéreux, on traite la plaie comme une plaie ordinaire et on couvre ses bords d'une pommade à la vaseline boriquée à 10 p. %.

Chez les sujets alcooliques, il faut absolument défendre l'alcool. Chez eux, la durée du traitement est plus longue. Pour les petits ulcères, le temps de guérison est d'ordinaire de 3 à 4 semaines; pour les vastes ulcérations, de 2 à 3 mois.

MM. Cerny et Trunecek appuient leur intéressant travail d'une série d'observations documentées de quelques photographies fort suggestives à l'endroit des résultats du traitement.

Ils ont pu, par leur méthode, provoquer la régression partielle d'un squirrhe du sein. L'application de ce procédé sur les ganglions lymphatiques envahis par le processus carcinomateux n'a pas produit sur eux d'effet bien appréciable.

Il ressort de l'étude faite par les deux médecins de Prague, que leur procédé est indiqué quand on a affaire à un cancer de la peau sans induration ganglionnaire, surtout lorsque le néoplasme siège sur une partie découverte du corps, aussi pour les cas de cancer de la langue. Malgré la concentration de la solution, aucun phénomène d'intoxication arsenicale n'a été observée.

La méthode des Drs Cerny et Trunecek avait été communiquée (sans la formule) à la Société Technique de Médecine, de Prague, il y a plus d'un an. Depuis cette époque, les auteurs ont poursuivi leurs recherches et sont arrivés à conclure que l'emploi de la mixture arsénico-alcoolique peut, dans certaines formes de cancer, amener une guérison sûre et radicale d'une maladie réputée incurable.—*Le Scalpel*, 9 mai 1897.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

VON LEUBE.—Communication au 26^e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie, tenu à Berlin, du 21 au 24 avril 1897.—*Le Scalpel*, 6 avril 1897.

Au Congrès de la Société allemande de chirurgie, 21 avril, la question du traitement de l'ulcère de l'estomac a été examinée successivement au point de vue médical et chirurgical; les progrès accomplis dans les opérations jadis réputées inabordables ont permis de discuter sérieusement les chances du traitement chirurgical de l'affection.

M. VON LEUBE a déclaré tenir avant tout à maintenir le rôle de la médecine dans le traitement de l'ulcère. Il a donné sur la méthode qu'il préconise depuis 15 ans des renseignements qui méritent d'être rappelés avec quelque détail :

Il débute par exiger des patients un repos complet : ils doivent rester au lit pendant 10 jours. Durant les premiers jours, l'épigastre est recouvert de cataplasmes aussi chauds que possible. Afin que les vésicules qui résultent des brûlures ne passent pas à la suppuration, la peau est nettoyée avec du sublimé avant l'application des cataplasmes et l'on applique au-dessous de ces derniers une compresse enduite de vaseline boriquée. Les bulles de brûlures se forment ainsi lentement, gênent peu le patient et ne suppurent pas. Les cataplasmes sont changés tous les 10 ou 15 minutes, la nuit on fait des applications de Priessnitz. Les douleurs spontanées disparaissent au bout de 5 jours et la sensation de pression ou de poids cesse peu à peu. Dans les cas rares où les douleurs persistent longtemps, il faut également prolonger l'emploi des cataplasmes.

Au bout de 10 jours, le patient peut se lever; il reçoit la nuit une compresse de Priessnitz, porte pendant le jour une ceinture de flanelle, doit s'étendre pendant 1 heure ou 2 après chaque repas et il doit enfin éviter pendant 5 semaines encore toute pression sur la région de l'estomac, soit par suite des vêtements, soit par une position courbée pendant le travail.

Au début, le malade observe une diète absolue. Pendant les 10 premiers jours, il prend seulement du lait, du bouillon, de l'eau gazeuse, et un quart de litre d'eau de Carlsbad par jour. Si le malade continue à vomir et que ce régime ne soit pas supporté, on a recours aux lavements alimentaires. Après cette première période, on permet les aliments un peu plus consistants, les bouillies, les œufs. Au bout d'une huitaine, on recourt successivement aux régimes suivants de la table des régimes dits de Leube : pendant 5 jours, 3e régime; pendant 7 jours, 4e régime, la 5e semaine on permet une petite quantité de vin. Au bout de deux mois environ on revient au régime alimentaire ordinaire qui est repris avec précaution.

Leube n'administre aucun médicament, si ce n'est un peu de bicarbonate de soude, contre les douleurs provoquées par l'hyperacidité. Il emploie très peu l'opium. Contre la constipation existant toujours, il fait prendre du sel de Carlsbad.

Par ce traitement médical, il obtient, dit-il, 75% de guérisons environ. Il n'a recours au traitement chirurgical qu'après échec de la médication interne et surtout en présence d'hémorragies abondantes. Dans ces cas, il donne la préférence à la gastro-entérostomie. Il intervient encore directement dans les cas où la paroi stomacale épaissie et ses adhérences forment une tumeur, quand il y a un abcès et surtout quand il s'agit d'une perforation de l'ulcère. A son avis, les statistiques actuelles donnent 25 0/0 de succès dans les interventions chirurgicales de l'espèce.

M. *Miculicz* est plus partisan de l'intervention opératoire que M. Von Leube. Pour lui, la résection de l'estomac, la gastro-entérostomie et la pyloroplastie doivent se partager les cas à opérer. Il lit dans les statistiques que la mortalité des opérations dirigées contre l'ulcère de l'estomac va en diminuant avec les progrès de l'asepsie et l'expérience des chirurgiens. Il penche à admettre la théorie d'après laquelle le rétrécissement du pylore serait la cause de tout le syndrome pathologique de l'ulcère de l'estomac. La résection de l'estomac reste la plus mortelle des opérations.

D'autres chirurgiens, en reconnaissant que les indications du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac ne sont pas encore nettement établies, sont cependant unanimes à déclarer que l'échec absolu d'un traitement médical rigoureux est une indication sérieuse d'intervention pour le chirurgien et que la technique des actes opératoires portés sur l'estomac est en bonne voie d'amélioration.

LA SAIGNÉE ET LE SÉRUM ARTIFICIEL DANS L'URÉMIE AIGUË

Un cas d'urémie aiguë guéri par le lavage du sang, par M. BAUBY.—*Archives Médicales de Toulouse.*

Une femme de 35 ans, robuste, est prise de néphrite *a frigore*. M. BAUBY la voit au quinzième jour de la maladie en proie à une crise dyspnéique interna. Ventouses scarifiées; purgatif drastique; régime lacté, caféine.

La situation, après une légère détente, s'aggrave et quelques jours après le malade semble perdue: rythme de Scheyne-Stokes, délire bruyant suivi de coma, etc.

M. Bauby pratique alors une saignée de 100 à 500 grammes et la fait suivre d'une injection intra-veineuse d'un litre et quart de sérum artificiel.

La saignée produisit une amélioration incontestable. Mais c'est surtout pendant l'injection de sérum artificiel et à la suite que le changement a été

remarquable. La respiration s'est ralentie et régularisée, une sorte de réveil s'est produit et la malade sortant comme d'un profond sommeil, a commencé à voir, à reconnaître son entourage ; elle a déclaré spontanément qu'elle se trouvait mieux, que son mal s'en allait.

Ce bon état s'est maintenu toute la journée. On a pu donner du lait sans provoquer de vomissements. Le soir, elle était en pleine transpiration et urina un peu plus que les jours précédents.

Le lendemain, le résultat acquis s'est maintenu et la diurèse a notablement augmenté. Cependant, on était encore loin de la guérison complète, il y avait toujours de l'albuminurie et les symptômes d'intoxication n'avaient pas totalement disparu. Aussi, M. Bauby se résolut à faire une nouvelle injection de sérum ; mais, comme cette fois le temps n'était pas mesuré, il recourut à la voie sous-cutanée. Il introduisit ainsi 400 grammes de sérum. Les effets de cette nouvelle injection furent moins manifestes que ceux de la première ; mais néanmoins ils furent utiles, car quatre jours après on pouvait considérer la guérison comme complète.

En relatant ce fait dans les *Archives médicales de Toulouse*, notre confrère ajoute que si la voie sous-cutanée présente de sérieux avantages au point de vue de la facilité d'exécution, elle demande plus de temps pour l'injection de doses moindres, car le liquide forme sous la peau des bosses douloureuses dont la diffusion est lente, surtout chez les personnes grasses. De sorte que dans les cas où la gravité de la situation exige une thérapeutique prompte et rapidement efficace, il reste partisan de la voie veineuse.

Quant à la phlébite elle ne se développerait que sous l'influence d'une action microbienne à l'abri de laquelle on peut et on doit se mettre en usant d'une très rigoureuse aseptie. Quant à la formation des caillots emboliques, elle ne serait à craindre que si on laissait volontairement la canule en contact prolongé avec le sang. Si, au contraire, on l'introduit directement et déjà amorcée sans l'agiter au cours de l'opération et qu'on la retire avant la fin de l'écoulement, avant que le sang ne puisse refluxer des collatérales, un tel accident est à peu près impossible.—*L'Abeille Médicale*, 9 mai 1897.

De la production du lait chez les nourrices.—Au Congrès de Gynécologie, M. BUDIN a signalé que chez les nourrices on pouvait arriver à augmenter la quantité de lait par l'entraînement. Dans son service des débiles, à la Maternité, il y a 14 nourrices qui sont arrivées à pouvoir nourrir 50 enfants plus les leurs. Il est vrai qu'elles étaient surmenées et on a dû réduire le nombre des nourrices. Actuellement chaque nourrice allaite en moyenne 3 enfants plus le leur auquel on donne en outre un peu de lait stérilisé.

On peut arriver ainsi à faire produire à ces nourrices jusqu'à 2,800 grammes de lait par jour.

Ce point est intéressant au point de vue des nourrices employées dans la clientèle. Pour M. BUDIN, quand il s'agit d'enfants débiles, il conseille à la famille de prendre à la fois la nourrice et son enfant.

Quand la nourrice n'est plus tétée par un enfant vigoureux on voit, en effet, la sécrétion se tarir immédiatement ; quand au contraire l'enfant de la nourrice continue à téter sa mère, le petit débile peut boire facilement un lait qui coule pour ainsi dire tout seul.

M. GUÉNIOT est venu confirmer cette opinion. Il a rappelé que les éleveurs savent bien que, lorsqu'on ne traite pas les vaches à fond, le lait se supprime brusquement.

CHIRURGIE.

TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA COXALGIE CHEZ L'ENFANT

KIRMISSON.—Société de Chirurgie de Paris, séance du 25 mai.—*L'Abeille Médicale*, 5 juin 1897.

M. KIRMISSON croit que chez les jeunes coxalgiques le traitement conservateur est le plus souvent suffisant.

La coxalgie peut être traitée à 3 périodes différentes ; avant la suppuration, pendant la période de suppuration, et pendant la période des lésions osseuses profondes.

1° *Avant la suppuration*, c'est-à-dire pendant la première période, c'est à l'immobilisation qu'il faut donner la préférence. Il est inutile, le plus souvent, de faire l'extension continue. Pour pratiquer l'immobilisation, il suffit d'appliquer un appareil plâtré qui ne réduit pas l'enfant à l'immobilité absolue.

Il y a un antagonisme absolu entre l'immobilisation et l'extension continue. Quand on fait cette dernière, l'immobilisation de l'article n'est plus obtenue. L'extension continue maintient la cuisse seule : le tronc se déplace sur la cuisse, et souvent on observe alors une adduction du membre.

Dans l'attitude à donner au membre pour l'immobiliser il faut éviter à tout prix l'adduction qui produit l'usure de la tête fémorale et sa subluxation. Il importe d'immobiliser le membre dans une *position moyenne d'abduction*. Si le membre est déjà en attitude vicieuse depuis plus ou moins longtemps, il faut ou faire l'extension continue ou le redressement brusque.

M. Kirmisson est absolument opposé au redressement brusque du membre. Cette manœuvre favorise l'inoculation tuberculeuse et peut entraîner souvent la mort par généralisation de la tuberculose. Il préfère le redressement lent, par l'extension continue, avec ou sans section, à ciel ouvert, du tenseur du fascia *lata* ou du couturier. Si l'extension continue est inapplicable on fait l'ostéotomie sous-trochantérienne.

2° *Pendant la période de suppuration*. M. Kirmisson est resté fidèle à l'éther iodoformé, car le naphтол camphré lui a paru donner des résultats moins favorables. Il fait 1, 2, rarement 3 injections d'éther iodoformé. Ces injections sont faites à des intervalles de 3 à 4 semaines.

Pour obtenir un succès complet, il est inutile d'évacuer tout le pus de l'abcès. On peut laisser, en effet, dans la poche une petite quantité de pus qui finit par se résorber spontanément.

3° Il existe des *lésions osseuses profondes, des fistules*. Le traitement conservateur n'est plus de mise. M. Kirmisson ne se rallie pas au curettage intégral des fongosités tuberculeuses. Il estime qu'il ne faut pas s'acharner à la poursuite de toutes les fongosités. Si l'on veut pratiquer des opérations trop radicales, on est souvent amené à faire des opérations complexes, difficiles, et souvent dangereuses. Il est souvent utile d'être plus réservé, de faire des opérations économiques (drainage, tunnélisation) qui donnent d'excellents résultats.

LE TUBAGE DU LARYNX

DELÉARDE.—Société centrale de médecine du département du Nord.—*L'Abeille Médicale*, 5 juin 1897.

M. le Dr DELÉARDE, à propos d'une observation de diphtérie grave, a publié dans les Bulletins de la *Société centrale de médecine du département du Nord* quelques remarques à propos du tubage du larynx.

L'auteur n'a jamais vu les enfants tubés expulser le tube dans un effort de

toux, ni les fausses membranes l'obstruer. Cette absence d'accidents notre confrère l'attribue à ce qu'il met à l'enfant un tube d'un âge supérieur ; si le malade a 2 ans, il faut employer un tube de 3 à 4 ans ; s'il a 3 ans, un tube de 4 à 5, et ainsi de suite. Le tube entrera sans effort dans le larynx, s'y maintiendra bien en place et son orifice suffisamment large permettra une évacuation facile des mucosités bronchiques ou des fausses membranes liquéfiées.

M. Deléarde évite également avec le plus grand soin toute excitation pouvant provoquer la toux ; dans ce but il supprime immédiatement l'alimentation par la bouche, si le malade, même en prenant des quantités très faibles de liquides à la fois, offre de la difficulté à boire convenablement.

Le passage des liquides dans l'œsophage, lorsque le tube est dans le larynx, est non seulement douloureux mais encore pénible. L'épiglotte n'obstrue plus aussi facilement l'orifice du larynx, gênée qu'elle est dans ce mouvement par la partie supérieure (largie du tube ; quelques gouttes du liquide peuvent tomber dans la trachée, elles amènent des efforts de toux et le tube peut être expulsé. En outre, la chute des aliments dans les voies respiratoires peut être le point de départ d'une broncho-pneumonie grave.

M. Deléarde est opposé au maintien en place du fil que, par précaution, on fixe au tube au moment de son introduction. Le fil, dit-il, sert de conducteur aux aliments jusque sur le tube et par suite dans la trachée ; il sert également de voie de propagation aux agents infectieux et accroît les chances de l'éclosion d'une broncho-pneumonie presque toujours fatale. De plus, l'enfant irrité par la présence du fil dans la bouche est naturellement tenté de l'enlever ; il faut alors lui lier les mains ou lui attacher les bras le long du corps. Cette position fatigante autant que pénible pour l'enfant qu'elle prive de ses mouvements, ne saurait être prolongée bien longtemps : si le tube doit être conservé plusieurs jours elle devient insupportable. Il serait cruel de la prolonger plus d'une journée.

L'auteur recommande de recourir aux lavements nutritifs pendant tout le temps que l'enfant est au tube ; cette période du reste excède rarement trois jours, car la sténose laryngée, d'origine diphtérique, ne persiste pas plus longtemps si le sérum est injecté à doses suffisamment élevées.

On a préconisé le garage par la sonde œsophagienne dans les cas où le jeune malade refuse toute alimentation. Il ne convient pas d'accorder une grande valeur à ce procédé, car il fatigue l'enfant et l'exaspère ; cette manœuvre est souvent même impraticable sur les enfants indociles ou trop jeunes pour obéir aux recommandations du médecin.

LE REIN MOBILE

Par M. le professeur DUPLAY (Hôtel-Dieu.)

M. le professeur DUPLAY a montré à ses élèves une femme atteinte de rein mobile et l'a opérée à la fin de sa leçon clinique.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, domestique. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire à signaler. Comme antécédents personnels on relève la fièvre typhoïde à 13 ans, d'anciennes manifestations scrofuleuses, et un état nerveux prononcé ; elle a même eu quelques attaques d'hystérie, nettement caractérisées. Ses menstrues ont apparu pour la première fois à 17 ans ; depuis elle a été réglée irrégulièrement. Elle a eu quatre enfants, dont le dernier il y a dix-huit mois.

Au cours de sa seconde grossesse, il y a 7 ans, cette femme ressentit de vives douleurs localisées dans la région du rein droit, et qui, loin de disparaître après l'accouchement, s'exacerbaient à chaque époque menstruelle. Elle consulta à cette époque M. le professeur Tillaux, qui diagnostiqua un rein flottant et conseilla le port d'une ceinture.

Malgré l'usage de ce moyen de contention les douleurs augmentèrent pendant les deux grossesses suivantes, au point qu'après la dernière couche la malade dut abandonner sa ceinture dont la pression était devenue intolérable.

L'examen donne les résultats suivants : la femme étant dans le décubitus dorsal, on ne trouve dans l'abdomen aucune déformation appréciable à la vue. Si la malade se relève alors et s'assoie sur son séant on constate qu'il y a un intervalle entre les muscles droits, qui se contractent pour relever le thorax. Quand cette femme se tient debout son ventre tend à tomber sur le bassin et à prendre la forme en besace. L'écartement des droits, l'étalement du ventre et sa forme en besace indiquent quelle est la flaccidité de la paroi abdominale.

Avant de procéder à l'exploration manuelle de l'abdomen, M. le professeur Duplay a rappelé que, dans la recherche du rein mobile, cette exploration devait se faire dans quatre positions ; décubitus dorsal, décubitus latéral, position genu-pectorale, station debout.

Voici la technique de l'exploration dans le décubitus dorsal : les cuisses de la malade fléchies ou horizontalement étendues, le chirurgien pose une main à plat sous la région, et insinue deux ou trois doigts sous la fosse lombaire, dans le défaut costo-iliaque ; l'autre main, posée à plat sur le ventre, va, dans chaque mouvement d'expiration, au-devant de la main postérieure. On arrive ainsi à saisir le rein entre les doigts qui sont en arrière et la main qui est en avant.

L'examen ainsi conduit permet de reconnaître tous les détails anatomiques du déplacement du rein ; on peut le faire descendre dans la fosse iliaque ou le remonter dans la loge lombaire.

Dans la station debout on peut constater nettement la descente spontanée du rein.

Dans le décubitus latéral droit, le rein tombe sous la main. Si la malade se tourne sur son côté gauche, le rein glisse en dedans et gagne l'ombilic, se plaçant en quelque sorte presque sous la paroi abdominale.

Ce dernier déplacement se manifeste encore davantage dans la position genu-pectorale.

M. Duplay a fait remarquer que, dans tous les cas de rein flottant, la symptomatologie était loin d'avoir des caractères aussi tranchés, aussi nets, aussi évidents que dans le cas actuel. Cette difficulté se présente soit quand le déplacement est peu considérable, soit quand la surcharge graisseuse de l'abdomen ou sa contraction en rendent l'examen peu praticable. Il faut alors avoir recours au procédé de ballottement rénal, décrit par Glénard.

La femme étant couchée sur le flanc du côté malade, on embrasse le défaut costo-iliaque entre le pouce et les doigts d'une main, qui reste, en quelque sorte à l'affût ; on recommande alors à la malade de faire de grandes inspirations, dans lesquelles le rein descend et vient se faire prendre dans la main qui le guette.

Dans la symptomatologie de la ptose rénale dominant deux phénomènes : les douleurs et les troubles urinaires. On les rencontre tous deux chez cette malade. La douleur, comme il a déjà été dit, siège dans la région lombaire droite et présente des irradiations du côté de la fosse iliaque. Elle est permanente mais supportable. Au moment des règles (qui sont irrégulières et interrompues souvent pendant trois ou quatre mois), la douleur s'accroît momentanément et devient parfois très violente. La malade se plaint en outre de crises douloureuses survenant deux ou trois fois par mois, et qui durent pendant deux, trois et quatre jours.

La quantité d'urine évaluée en 24 heures est normale. Aucune altération chimique du liquide, à part un léger trouble, dû à du mucus. Mais, au moment des crises douloureuses, un phénomène très important se produit. La quantité d'urine diminue pendant la crise, sans toutefois aller jusqu'à l'anurie. Il y a rétention partielle du liquide urinaire. A la fin de la crise au contraire il y a des débâcles d'urine, qui sont assez importantes pour avoir attiré l'attention de la malade.

En somme, il s'agit donc d'un cas à diagnostic facile, évident.

Cependant cette maladie, parfois si aisée à reconnaître, n'a été reconnue que depuis une quarantaine d'années et cela grâce à Rayer.

Cette longue ignorance d'une affection parfois évidente est d'autant plus singulière qu'il s'agit d'une maladie très répandue.

En effet la fréquence de la néphropose est considérable. D'après Lindner et Büttner. on la rencontrerait une fois sur 5 à 6 femmes examinées au hasard. Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 87 pour 100. On la rencontre surtout de 20 à 40 ans et plus particulièrement de 30 à 40 ans. Elle est rare dans la jeunesse et dans la vieillesse.

L'unilatéralité est plus fréquente que la bilatéralité, et le rein droit offre à cet égard une prédisposition remarquable.

Parmi les causes déterminantes il faut citer les traumatismes directs ou indirects, produisant une sorte de luxation de l'organe, tels que : chute sur le défaut du rein, sur les pieds ou les genoux. On doit relever aussi les efforts : quintes de toux, vomissements, accouchements, etc.

Toutes les causes qui déterminent une augmentation de volume ou de poids du rein peuvent en occasionner le déplacement. La simple congestion de l'organe, et particulièrement la congestion menstruelle, l'hydro-néphrose, les tumeurs du rein, rentrent dans cette catégorie.

Des causes extrinsèques, telles que certaines affections d'organes voisins, peuvent exercer sur le rein une action mécanique, tendant à le chasser de sa loge. Ainsi peuvent agir les tumeurs des capsules surrénales, les tumeurs du pancréas, les néoplasmes du foie pour le côté droit et ceux de la rate pour le côté gauche. On a même attribué une action mécanique analogue à la distension des viscères creux avoisinants, particulièrement de l'estomac et du colon.

Toutes les maladies qui produisent un amaigrissement rapide et profond de l'organisme, fièvres graves et maladies cachectisantes, peuvent faire fondre l'atmosphère graisseuse enveloppant et suspendant le rein et produire par suite l'abaissement de cet organe.

D'autres parts, certaines affections, qui déterminent par leur développement une distension considérable de la paroi abdominale, ont pour effet après leur disparition d'entraîner une diminution de la pression intra-abdominale en même temps que d'amener le relâchement de la paroi. Sous cette double influence le rein peut se mobiliser. Ainsi agissent : la laparotomie pour des tumeurs intra-abdominales, la ponction de l'ascite, l'accouchement, etc.

Pour expliquer la fréquence du rein mobile chez la femme et la prédominance de la lésion au côté droit, on a invoqué différentes causes. Pour le premier point on a successivement incriminé les grossesses qui amènent la distension et la perte d'élasticité des parois abdominales et l'accouchement qui, par les efforts qu'il nécessite, détermine la mobilité de la glande, les congestions rénales survenant à chaque époque menstruelle, enfin les affections utérines qui agiraient sur le rein par voie réflexe. Pour la seconde question on a incriminé l'influence du corset, qui tend à chasser le foie de sa place et détermine de la sorte une pression indirecte sur le rein.

Dans le cas particulier, les grossesses et les accouchements au nombre de quatre ont eu une influence manifeste. En effet, les premiers symptômes de rein mobile ont apparu lors de la deuxième grossesse, et, à chacune des suivantes, les symptômes ont subi une aggravation sensible, en rapport sans doute avec le déplacement progressivement plus marqué de l'organe.

La malade dont il s'agit est atteinte de cette variété clinique de ptose rénale appelée forme douloureuse à côté de laquelle on distingue les formes neurasthénique, gastro-intestinale, urinaire.

La forme douloureuse est caractérisée par une douleur localisée au niveau de la fosse lombaire, douleur plus ou moins persistante, souvent accompagnée de diverses irradiations en particulier le long de l'uretère. De plus, on observe à

peu près constamment des crises douloureuses ou tout au moins une exacerbation de la douleur, survenant au moment des règles.

Cette douleur atteint parfois un degré d'acuité extrême, au point de simuler une péritonite aiguë (moins la fièvre), l'iléus intestinal, la colique hépatique ou néphrétique. Elle a été désignée par Diettel sous le nom d'*étranglement rénal*. Souvent les crises douloureuses, quelle qu'en soit l'intensité, se terminent par une débâcle urinaire marquant la cessation de tous les accidents.

On est d'accord aujourd'hui pour attribuer la production de ces crises douloureuses à la production d'une hydro-néphrose par coudure ou torsion de l'uretère.

2° *Forme neurasthénique*.—Elle se rattache souvent à la précédente par ses manifestations douloureuses du côté du rein. Ce qui permet d'en faire une classe à part, c'est l'écllosion d'une série de symptômes en rapport avec l'affaiblissement du système nerveux, tels que céphalalgie spéciale, hyposthénie musculaire, troubles sensitifs, etc., etc.

3° *Forme gastro-intestinale*.—Elle est caractérisée par l'existence de troubles digestifs variés, de poussées congestives du côté du foie avec ictère, etc.

4° Enfin, on a décrit une *forme urinaire*, caractérisée par des troubles de la miction, polyurie, oligurie ou même anurie complète, par du ténésme vésical, des épreintes et enfin par des altérations chimiques de l'urine, laquelle peut contenir de l'albumine, du sang et du muco-pus. Nombre de ces symptômes se rattachent évidemment à l'infection de l'hydro-néphrose consécutive au rein mobile. Cette forme est d'ailleurs la plus rare et, dans la majorité des cas, il n'existe aucun trouble de la sécrétion urinaire, aucune altération de l'urine, sauf, bien entendu, dans les cas d'étranglement rénal ou de crises douloureuses dues à l'hydro-néphrose intermittente.

Le pronostic de la ptose rénale est grave à cause des complications possibles.

Cette affection peut guérir quelquefois à la suite du traitement médical, qui a pour but la réduction du rein déplacé et son maintien dans la situation normale. La réduction se fait par manœuvres externes; le maintien est obtenu avec des ceintures munies ou non de pelotes.

Si ces moyens de contention échouent, si les accidents déterminés par le rein mobile se répètent, une intervention opératoire est justifiée.

Le traitement chirurgical comprend deux opérations: la néphrectomie et la néphropexie.

La première n'est indiquée que lorsqu'il existe des lésions profondes du rein déplacé. La néphropexie au contraire constitue l'opération de choix. Elle permet, après avoir remis le rein à sa place, de le fixer dans sa loge, et par conséquent fait cesser tous les accidents. C'est la *restitutio ad integrum*.

C'est cette dernière opération qu'a pratiquée M. le professeur Duplay et il en a ainsi résumé le manuel.

Le sujet est couché sur le côté sain, un coussin rond étant enfoncé dans l'échancrure iléo-costale, de façon à faire saillir la région à opérer. On trace une incision à 5 ou 6 travers de doigt des apophyses épineuses, et, par conséquent, parallèle au bord du carré des lombes, partant de la onzième côte et descendant à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. On sectionne successivement la peau et les tissus sous-cutanés, puis l'aponévrose superficielle de la masse sacro-lombaire et le bord inférieur du grand dorsal, enfin l'aponévrose profonde de la masse sacro-lombaire (feuillet moyen de l'aponévrose postérieure du transverse). On reconnaît le bord externe du carré des lombes qu'on déjette en dedans pour démasquer le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse sur laquelle repose la partie postérieure de la graisse périrénale.

Cette aponévrose est incisée, puis la graisse périrénale. On recline ensuite le colon ascendant et la graisse qui l'entoure en dehors et en même temps l'on refoule en haut le cul-de-sac pleural.

A ce moment, un aide réduit le rein en exerçant une pression profonde par

la paroi abdominale antéro-latérale. L'organe reconnu dans la plaie, on procède à sa dénudation avec les deux index.

Le rein dénudé, on place deux fils de soie plate ou de catgut No 3, qui traversent sa capsule et même une petite partie de la substance rénale, l'un en haut à la hauteur de la douzième côte et l'autre en bas. Le rein traversé de la sorte à ses deux extrémités est maintenu par un aide, ce qui permet à l'opérateur de procéder à sa décoloration.

Enfin on fixe les fils en traversant, en haut, l'aponévrose ou carré lombaire et les parties fibreuses qui entourent la douzième côte, en bas, le bord du muscle d'une part et ses aponévroses d'autre part. Les fils sont noués en arrière en serrant modérément.—*L'Abeille Médicale*, 3 avril 1897.

Vient de paraître

RAYMOND.—Leçons sur les maladies du système nerveux (année 1895-1896), par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. Deuxième série. Octave Doin, éditeur, Paris, 8 Place de l'Odéon, 1897.

Ces leçons, recueillies et publiées par le Dr E. Ruklm, ami et collaborateur de M. le professeur Raymond, contiennent les leçons doctrinales du vendredi et quelques-unes de celles du mardi, professées par le savant clinicien, à la Clinique de la Faculté de Paris, à la Salpêtrière, pendant l'année 1895-1896. Elles ont été délivrées dans le même esprit et suivant les mêmes règles que les leçons de la première série, auxquelles elles s'enchaînent étroitement.

Le programme suivi par l'auteur est éminemment pratique et propre à éclairer dans l'esprit de ses lecteurs, comme il l'avait dans celui des auditeurs, les problèmes si ardues que comporte le diagnostic des maladies nerveuses.

L'auteur résume lui-même son programme dans ces quelques mots :

“ Partir d'un fait clinique, pour envisager les problèmes de pathologie nerveuse, tels qu'ils se présentent dans la réalité, en montrant combien souvent “ l'individualisme pathologique des maladies s'harmonise peu avec les descriptions “ didactiques des maladies, produits d'une synthèse arbitraire ou prématurée.”

Pour atteindre ce but, l'auteur, je devrais dire le clinicien, car il s'agit d'une œuvre éminemment clinique, commence toujours, avant d'aborder un nouveau sujet, par présenter le malade au lecteur, et lui en communiquant l'observation, puis il fait la description des symptômes qu'il offre. Le tout est fait d'une manière tellement graphique, tellement vivante, que l'on semble, en lisant, voir le malade devant soi et pouvoir le toucher presque du doigt. Enfin, il discute le diagnostic, tire les conclusions, établit le pronostic et prescrit le traitement.

Pour ceux qui n'ont point l'avantage d'assister aux cliniques du maître à la Salpêtrière, cette méthode a l'inestimable avantage de les faire profiter du si remarquable champ d'observation des maladies nerveuses qu'offre la Salpêtrière, puisqu'on leur en présente les malades les plus intéressants; en même temps les paroles éloquentes du maître parviennent jusqu'à eux. Ce n'est pas ici la lecture aride d'un ouvrage didactique, c'est la mise en scène sous les yeux du lecteur d'une façon vivante et frappante du plus beau matériel pour l'étude des maladies du système nerveux qu'il y ait au monde.

Ce livre se recommande à l'étudiant qui y trouvera un guide sûr dans la description détaillée et minutieuse des symptômes; au praticien qui y trouvera de précieuses indications thérapeutiques que le maître n'a pas ménagées; et au savant qui y trouvera des conceptions neuves et originales pour l'édification des théories scientifiques.

Dans ces leçons, le maître étudie à fond les polynévrites et leurs rapports avec la paralysie ascendante aiguë et la poliomyélite antérieure. Il traite aussi longuement de l'évolution générale du tabès et du traitement de l'incoordination motrice par la rééducation des muscles chez les malades atteints d'ataxie. Les troubles psychopathiques de la miction sont aussi l'objet d'une étude spéciale.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

Par M. SCHWAB, ancien interne des hôpitaux.

Les accoucheurs, à l'heure actuelle, sont loin d'être d'accord sur la meilleure conduite qu'il convient de tenir en présence d'un avortement incomplet, c'est-à-dire quand, après l'expulsion du fœtus, l'arrière-faix est resté en totalité ou en partie dans la cavité utérine. Les uns—et le professeur Tarnier est de ce nombre—s'appuyant sur l'innocuité fréquente de la rétention placentaire dans l'avortement et sur les dangers des interventions, préconisent une thérapeutique d'expectation, mais à condition que cette expectation soit aidée d'une antiseptie rigoureuse. D'après ces auteurs, s'il survenait quelque complication soit hémorrhagie, soit infection, il serait toujours temps d'intervenir.

Les autres admettent que l'avortement incomplet est un état dangereux et pour le présent et pour l'avenir; que le placenta retenu dans l'utérus devient rapidement "un hôte dangereux dont il faut par tous les moyens favoriser l'expulsion"; Chaleix et Audebert veulent qu'on intervienne toujours, alors qu'au bout de quelques heures l'arrière-faix n'a pas suivi le produit de conception. Ces auteurs, dans un travail récent, ont plaidé avec chaleur la cause de l'intervention rapide dans tout cas de rétention placentaire, que celle-ci soit simple ou compliquée d'hémorrhagie ou d'infection.

D'autres accoucheurs enfin, moins conservateurs que les premiers, moins intransigeants que les seconds, estiment que l'intervention est légitime dans certaines conditions bien déterminées, que la rétention de l'arrière-faix soit ou non compliquée d'accidents.

Les arguments d'ailleurs ne manquent ni aux abstentionnistes ni aux interventionnistes pour défendre et légitimer leur manière de faire.

Les auteurs, qui prêchent l'expectation appuyée sur l'antiseptie parfaite du vagin, font valoir les raisons suivantes: tout d'abord, depuis l'ère antiseptique, la rétention même prolongée du placenta dans l'avortement n'est plus une source d'accidents fréquents. Dans le traité de MM. Tarnier et Budin, on trouve notés les chiffres suivants: "Sur 22 cas observés à la Charité, dans lesquels il y avait eu rétention du placenta après l'expulsion du fœtus, pas une seule fois il n'est survenu d'hémorrhagie au moment de l'expulsion de l'arrière-faix, et chez trois femmes apportées à l'hôpital avec la fièvre, les symptômes de septicémie ont disparu rapidement grâce aux injections antiseptiques. A la Maternité, dans le service du professeur Tarnier, il y eut 24 cas de rétention; deux femmes (dont une apportée malade du dehors) ont eu des phénomènes d'infection: elles ont guéri sans difficulté; la troisième, qui avait de la fièvre lors de son entrée, mourut de pneumonie 14 jours après son avortement." Et MM. Tarnier et Budin concluent: "l'avortement incomplet abandonné à lui-même ne donne que très rarement lieu aux complications qui paraissent aujourd'hui si redoutées." Ces phrases sont écrites en 1886; actuellement encore, en 1897, le professeur Tarnier suit la même ligne de conduite qu'il y a 11 ans (Clinique inédite). Il admet d'ailleurs que les manœuvres digitales ou instrumentales qu'on peut employer, pour faire la délivrance artificielle après l'avortement, ne sont pas sans dangers. Les doigts sont souvent insuffisants pour détacher et entraîner le placenta; les pinces sont dangereuses; la curette risque ou de laisser dans l'utérus des débris de placenta ou de provoquer une perforation de l'utérus.

En résumé, on n'interviendra que s'il y a hémorrhagie ou septicémie.

Tout autres, au contraire, sont les arguments des intervensionnistes ; pour ceux-ci il serait toujours imprudent et dangereux d'attendre, pour délivrer la femme, qu'on ait la main forcée par une hémorrhagie grave ou une septicémie. Le placenta, disent-ils, a peu de tendance, dans les premiers mois de la grossesse, à se détacher ; il séjourne souvent longtemps dans la cavité utérine, exposant la femme aux redoutables complications de la putréfaction du placenta ou de l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie peut survenir très intense et d'une façon inopinée, soudaine. La septicémie peut s'installer sourdement ; le placenta retenu et décollé en partie se putréfie avec une grande rapidité. Rarement la rétention de l'arrière-faix reste innocente. La septicémie, résultant de la rétention placentaire, peut être généralisée ou localisée. Dans ce dernier cas, elle demande souvent à être dépistée et laisse à sa suite de l'endométrite, de la salpingite, de la pelvi-péritonite chronique. Enfin la rétention prolongée partielle ou totale du placenta peut être le point de départ de polypes placentaires, voire même de déciduomes malins. En somme, l'avortement incomplet constitue un état dangereux pour la parturiente ; celle-ci reste en imminence d'accidents graves pouvant se manifester subitement. La meilleure conduite à tenir consiste donc à ne pas attendre au-delà de quelques heures, à 6 heures par exemple, à favoriser l'expulsion du placenta, en dehors même de tout accident. Dans ce but, on commencera par des injections vaginales chaudes ou des injections intra-utérines ; si celles-ci sont insuffisantes, on fera le tamponnement intra-utérin, ou le curage digital avec ou sans dilatation du col ; en dernier ressort on s'adressera au curetage instrumental. Enfin, quand on se trouvera en présence soit d'une hémorrhagie, soit d'une septicémie compliquant la rétention, le traitement de choix sera le curage digital suivi du curetage instrumental.

Voyons, enfin, la conduite des électiques. C'est celle que suit notre maître, M. Maygrier : c'est celle à laquelle nous nous rallions après avoir vu, dans un grand nombre de cas, l'expectation, même strictement antiseptique, rester insuffisante.

Et tout d'abord, dans cette question du traitement de l'avortement incomplet, il faut bien distinguer la pratique de l'hôpital de celle de la ville. Il est incontestable, en effet, que la rétention de l'arrière-faix peut se compliquer à un moment donné d'une forte hémorrhagie. Cette complication est rare d'après les uns, fréquente d'après les autres, mais cela importe peu. Or, dans un service d'accouchements, la femme est constamment surveillée ; et il y a près d'elle des gens experts, médecins ou sages-femmes, capables de lui donner des soins immédiats en cas d'hémorrhagie sérieuse. En ville, au contraire, cette surveillance de tous les instants n'est pas toujours aisée : la présence du placenta dans l'utérus constitue donc pour la femme un danger. L'accoucheur, qui a quitté la parturiente non délivrée, au bout de 6, 8 heures ou plus, ne peut avoir la conscience tranquille.

Mais, cette distinction étant établie, il est d'autres conditions encore qui militent en faveur d'une délivrance rapide.

A coup sûr, quand un médecin est appelé auprès d'une femme pour des menaces d'avortement, qu'il a assisté à l'expulsion du fœtus, et que, pendant tout ce temps, il a pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses, il peut à la rigueur attendre assez longtemps, jusqu'à ce que la délivrance se fasse spontanément. La femme, surveillée au point de vue de l'hémorrhagie, risque peu d'autre part d'être infectée.—Mais ces conditions ne sont pas toujours remplies en pratique. Que voit-on, en effet, souvent ? Une femme a fait une fausse couche ; on est appelé auprès d'elle, un temps plus ou moins long après l'expulsion du fœtus. Mais on ignore le plus souvent la cause véritable de l'avortement ; souvent il s'agit de manœuvres criminelles partant peu aseptiques : d'autres fois, on a affaire à une endométrite, c'est-à-dire à une infection préexistante de la muqueuse utérine ; souvent enfin, la femme n'a pris, au moment de l'avortement ou après l'expulsion du fœtus, que des soins anti-

septiques douteux ; bien plus, elle a parfois subi des touchers répétés ou des manœuvres digitales intempestives. Attendre donc dans tous ces cas, même en l'absence de toute hémorragie ou de toute fièvre, que le placenta veuille bien sortir spontanément, c'est exposer la femme à une septicémie très probable, malgré les soins antiseptiques qu'on pourrait prendre après coup.

D'autres fois, on voit une femme plusieurs heures après l'expulsion du fœtus ; le col est encore largement perméable à deux doigts, et souvent on y sent un bout de placenta engagé. Fera-t-on, dans ce cas, de l'expectation ? Non, il vaut mieux profiter de la perméabilité du col, et faire le curage digital de l'utérus, en ayant bien soin toutefois de ne jamais tirer sur la portion du placenta engagée dans le col.

L'on sait avec quelle facilité toute portion placentaire décollée se putrifie ; il est donc imprudent d'expecter quand on sent ce champignon placentaire dans le col. L'on sait enfin, depuis le travail de M. Maygrier, que, dans l'avortement gémellaire, la rétention du placenta donne une mortalité considérable, si on ne fait que l'expectation.

Enfin quand, dans l'avortement, le fœtus était mort et macéré, la rétention placentaire doit être évitée soigneusement, car ici l'infection s'opère rapidement.

En résumé, sans vouloir faire de l'évacuation immédiate ou rapide de l'utérus un dogme général, applicable à tous les cas de rétention placentaire, que celle-ci soit simple ou compliquée d'accidents, nous croyons cependant qu'elle est prudente dans la grande majorité des cas. L'expectation antiseptique n'est légitime que si l'on peut surveiller d'une façon incessante la femme, si l'antiseptie a été pratiquée depuis le début de l'avortement et si le col est revenu sur lui-même.

En tout état de cause, tant que le placenta est dans l'utérus, la femme est sous le coup d'accidents possibles, et mieux vaut voir le placenta dehors que dedans.

Quels sont donc les moyens que nous avons actuellement à notre disposition pour provoquer l'expulsion du placenta ? Après avoir attendu un certain nombre d'heures, 6 heures au moins, et en se guidant sur l'état du col, on peut commencer par faire des injections vaginales chaudes ou des injections intra-utérines ; si elles restent insuffisantes, on peut faire le tamponnement intra-utérin. Mieux vaut pratiquer d'emblée la délivrance artificielle avec 2 doigts, c'est-à-dire le curage digital, après dilatation du col, si c'est nécessaire. Si, par ce moyen, la délivrance reste incomplète, on peut faire suivre le curage digital du curetage instrumental, toujours guidé sur le doigt.

Mais il est certain que les manœuvres digitales ou instrumentales, même pratiquées sous le couvert d'une bonne antiseptie, ne sont pas toujours innocentes, parfois elles sont insuffisantes. Le curage digital, dans un avortement de 2 ou 3 mois, n'est pas toujours chose facile ; un médecin, peu habitué à ces sortes de manœuvres, risque fort de faire une délivrance incomplète. Emploie-t-on la curette ? D'autres inconvénients surgissent ; la curette glisse souvent sur le placenta sans le détacher complètement ; elle peut perforer l'utérus, elle peut ouvrir la porte à l'infection.

Frappé de ces inconvénients, nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible, dans un grand nombre de cas, de favoriser l'expulsion du placenta par un moyen plus innocent pour la femme que l'intervention active.

Les anciens accoucheurs croyaient posséder ce moyen dans l'emploi du seigle ergoté ; ils pensaient pouvoir provoquer, grâce à ce médicament, des contractions de l'utérus. Mais on connaît actuellement les dangers de l'ergot de seigle administré alors que l'utérus contient encore le placenta. L'utérus, en effet, se contracte en masse, le col se referme, et les chances de rétentions sont le plus souvent accrues. — Aussi l'ergot de seigle est-il généralement abandonné.

Mais une autre substance, le sulfate de quinine, a été depuis fort longtemps

prônée comme succédané de l'ergot de seigle, comme excitant des contractions utérines. La quinine aurait la même action que l'ergot, sans en présenter les inconvénients.

Dans un petit travail paru dans la *Médecine Moderne*, du 9 janvier 1897, nous avons nous-même repris cette question de l'action de la quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement. Nous fondant sur un certain nombre d'observations d'accouchements à terme, nous étions arrivé aux conclusions suivantes : " le sulfate de quinine a une action manifeste, et très souvent rapide, sur les contractions utérines, une fois que le travail est déclaré, que la contractilité des fibres musculaires de l'utérus est déjà mise en jeu. C'est, en un mot, un agent ocyotocique. Mais, par contre, nous estimons que la quinine ne saurait en aucune façon agir comme abortif, c'est-à-dire mettre en branle la contractilité utérine.

" Au lieu de provoquer, comme l'ergot de seigle, des contractions permanentes, continues, partant dangereuses, la quinine détermine des contractions toujours intermittentes, tout comme les contractions physiologiques. Le sulfate de quinine comme agent ocyotocique doit être donné à la dose de 1 gramme. " Et nous ajoutons : " Le sulfate de quinine présente ce grand avantage d'être inoffensif pour la mère. "

A ce moment donc nous n'avons étudié la quinine qu'au point de vue de son action dans l'inertie utérine, lors de l'accouchement à terme ou près du terme. Mais, frappé du bon résultat qu'on pouvait obtenir souvent, et, en tout cas, de l'innocuité parfaite de cette médication, nous songions déjà à utiliser la quinine dans l'avortement alors qu'il y a rétention de l'arrière-faix dans l'utérus.

D'ailleurs, en parcourant les auteurs, nous avons trouvé dans les *Annales de Gynécologie*, de 1888, un travail de CORDES (de Genève), sur l'action utéro-motrice de la quinine. Pour cet auteur, la quinine à dose élevée ne manque pas de causer de puissantes contractions utérines et de détacher les restes ovulaires dans les cas d'avortement incomplet. Aussi CORDES emploie-t-il rarement, lorsqu'il y a rétention de l'arrière-faix, dans l'avortement, le curettage. Il prescrit la quinine qui est véritablement " ecbolique, " et, dans nombre d'observations, cette substance lui a donné d'excellents résultats.

Nous avons pu, grâce à la bienveillance de nos maîtres, MM. MARGRIER et TISSIER, soit à l'hôpital Lariboisière, soit à St Louis, essayer, dans un certain nombre de cas, la quinine comme agent ecbolique, dans l'avortement incomplet. Ce sont ces observations que nous voudrions rapporter, en les faisant suivre de quelques réflexions.

OBSERVATION I

Avortement de 3 mois chez une syphilitique.—Rétention du placenta pendant 24 heures avec hémorrhagie légère.—On donne 1 gramme de quinine, le placenta est expulsé au bout de 25 minutes.

Mme A., âgée de 20 ans, Ipare, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, le Dr MARGRIER, le 29 décembre 1896.

Enceinte de 3 mois, elle a expulsé chez elle, le 29 décembre, à 7 heures du matin, un fœtus de 3 mois environ.

A son arrivée dans le service, à 10 heures du soir, on sent par le toucher un petit cordon traversant le col qui est fermé. L'utérus encore gros contient le placenta

Cette femme est en pleine période secondaire de la syphilis.

On fait de l'antisepsie vaginale.

Le lendemain matin, dans une injection, on retire 100 grammes de caillots environ ; dans une seconde injection, de nouveaux petits caillots.

Vers 8 heures du matin (30 décembre), le toucher vaginal donne les ren-

seignements suivants : Col raccourci, mais fermé. A l'orifice externe, on sent un petit cordon ombilical traversant le col. La femme perd un peu de sang.

On donne alors, à onze heures du matin, 50 centigrammes de quinine et un second cachet à 11 heures $\frac{1}{2}$.

A 11 heures 55, c'est-à-dire 25 minutes après l'administration du second cachet, l'expulsion spontanée du placenta a lieu dans une injection. Le placenta pèse 80 grammes, il est complet. Cette expulsion s'est faite sans douleurs ni hémorrhagie.

En somme, avortement de 3 mois chez une syphilitique ; Rétention du placenta pendant 24 heures, avec hémorrhagie légère. On donne 1 gramme de sulfate de quinine et au bout de 25 minutes le placenta est expulsé sans douleurs ni hémorrhagie.

OBSERVATION III

Avortement de 3 mois.—Quatre heures après l'expulsion du fœtus, le placenta n'étant pas sorti et la femme perdant du sang, on donne de la quinine.—Expulsion du placenta au bout de 1 heure $\frac{1}{2}$.

Femme L, âgée de 24 ans, IIIpare, a eu un premier accouchement à terme ; la deuxième grossesse s'est terminée par un avortement de 6 mois $\frac{1}{2}$.

(Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 1^{er} janvier 1897.

Le 3 avril, après un début de grossesse assez pénible, la femme commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, et dans la nuit elle perd du sang.

La malade entre dans le service de notre maître, M. MAYGRIER, à Lariboisière, le 5 avril, à 1 heure du matin.

A ce moment, le col est effacé, l'utérus a la forme d'une toupie, avec une dilatation comme 2 francs. Par le toucher, on arrive sur l'œuf engagé dans l'orifice utérin.

A 2 heures du matin, expulsion d'une poche amniotique fermée, remplie d'un liquide amniotique gommeux dans lequel flotte un fœtus de 3 mois.

Il reste donc dans l'utérus le placenta, le chorion et la caduque.

Les coliques continuent de même que les pertes de sang.

On fait une injection intra-utérine

A 6 heures du matin, l'hémorrhagie continuant, on donne 1 gramme de sulfate de quinine, en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Après l'administration du médicament, les coliques deviennent plus vives, et, à 7 heures $\frac{1}{2}$ du matin, l'arrière-faix est expulsé complètement. Plus d'hémorrhagie.

Suites de couches normales.

Telles sont les quelques observations que nous avons pu recueillir, et dans lesquelles l'action ecbolique du sulfate de quinine ne nous semble pas douteuse

Donné à la dose de 1 gramme, en deux cachets de 50 centigrammes pris à 10 minutes d'intervalle, le sulfate de quinine réveille les contractions utérines, même dans un utérus gravide de quelques mois seulement. Ce fait est indiqué clairement dans quelques-unes de nos observations : une femme arrive à l'hôpital, elle a expulsé depuis un temps plus ou moins long un fœtus de 2 ou 3 mois ; le placenta est retenu dans l'utérus. Depuis l'expulsion du fœtus, elle n'a plus eu de coliques. On donne du sulfate de quinine et assez rapidement, en général, des douleurs surviennent, identiques aux coliques qui ont accompagné l'expulsion du fœtus, et le placenta ne tarde pas à être expulsé.

Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, pour agir sur le muscle utérin, la quinine demande à rencontrer un muscle qui a déjà présenté des contractions. A ce point de vue d'ailleurs, elle ressemble à l'ergot de seigle, qui, d'après CAZEAUX, "ne semble pas développer des contractions utérines qui n'ont pas encore existé." La quinine est donc capable d'agir dans la rétention placentaire, la contractilité utérine ayant déjà été mise en jeu par l'expulsion du fœtus.

Mais, à l'inverse de l'ergot de seigle, le sulfate de quinine est absolument inoffensif. Il ne produit pas, comme l'ergot, des contractions tétaniques du muscle utérin ; jamais il ne provoque la contracture en masse de l'utérus, le col y compris. Il ne risque donc pas d'accroître les chances de rétention placentaire.

Mais est-ce à dire que l'action de la quinine sur la contractilité utérine soit constante et toujours identique à elle-même ? Il serait téméraire de répondre par l'affirmative. Voyons à ce point de vue nos observations : le placenta a été expulsé suivant les cas, 25 minutes, 1 heure, 1 heure et $\frac{1}{2}$, 2 heures, 12 heures, 15 heures après l'administration de la quinine. Si nous prenons la moyenne du temps écoulé depuis l'administration du médicament jusqu'à l'expulsion du placenta dans nos sept observations, nous trouvons le chiffre de 4 heures et demie environ.

On pourrait objecter que dans certains de nos cas où nous avons employé la quinine, le placenta eût peut-être été expulsé spontanément. Nous répondons que dans nos observations la rétention placentaire durait depuis 24 heures, 3 jours, et même 4 jours, sans que la femme éprouvât la moindre douleur, sans que le col fût entr'ouvert. Nous donnons de la quinine, et peu d'heures après le placenta est expulsé. Il s'agit à coup sûr là plus que d'une simple coïncidence.

D'autres fois, nous avons donné la quinine parce que la femme perdait du sang, le placenta était retenu, ou qu'une portion de l'œuf venait faire saillie dans le col entr'ouvert. Là encore, la quinine a réussi à chasser le placenta qu'il eût fallu détacher avec le doigt.

Certes, nous avons donné parfois, dans l'avortement incomplet du sulfate de quinine sans résultat bien manifeste. Il en est de cette substance comme de toutes les médications, elle n'est pas infaillible.

Mais elle a tout au moins ce grand avantage de n'être pas nuisible. Quel risque court-on de prescrire, dans un cas de rétention de l'arrière-faix, 1 gramme de sulfate de quinine, quitte, en cas d'échec, à employer une autre thérapeutique, soit l'expectation antiseptique, soit l'intervention active digitale ou instrumentale ? Aucun à coup sûr.

L'action du sulfate de quinine sur la fibre musculaire utérine est sans doute plus lente dans l'avortement que dans l'accouchement à terme ; mais elle nous semble incontestable.

Nous rappellerons que, depuis longtemps déjà, les auteurs discutent sur la valeur du sulfate de quinine comme ocytocique.

Les uns, avec MONTEVERDI (1872), admettent que la quinine a une influence certaine sur les contractions de l'utérus qu'elle provoque ou réveille. Pour ces auteurs, la quinine est un agent abortif et ocytocique du premier ordre.

Les autres, avec CHLARA, nient que la quinine ait la moindre influence sur la fibre musculaire utérine. Non-seulement la quinine ne serait pas abortive, mais elle ne serait même pas ocytocique.

Nous-même, dans le travail auquel nous avons fait allusion déjà, nous adoptons l'opinion de DUBOÛÉ, CORDÉS, BOVFILS : pour ces derniers, la quinine ne serait pas un agent abortif, mais elle aurait une action réelle sur le muscle utérin, dont elle excite la contractilité à condition toutefois que cette contractilité soit mise en jeu au préalable.

La quinine donc, de même qu'elle est ocytocique dans l'accouchement à terme, peut être ecbolique dans l'avortement incomplet.

Nous croyons donc pouvoir conclure de la façon suivante :

1° La rétention de l'arrière-faix, dans l'avortement, étant toujours une complication sérieuse, que cette rétention soit simple ou s'accompagne d'accidents hémorrhagiques ou infectieux, tous nos efforts doivent tendre vers l'expulsion aussi rapide que possible du placenta.

2° En effet, cette rétention placentaire, même simple, constitue toujours

une menace pour la femme. Il peut survenir une hémorrhagie sérieuse; et dans beaucoup de circonstance, l'infection est fortement à redouter, dût-on prendre toutes les précautions antiseptiques.

3° L'intervention digitale ou instrumentale, pour faire l'évacuation de l'utérus, peut être insuffisante ou dangereuse.

4° Le sulfate de quinine, donné à la dose de 1 gramme en 2 cachets de 50 centigrammes, a une action manifeste sur la contractilité utérine, il peut donc être employé comme agent "ecbolique," c'est-à-dire pour détacher le placenta ou l'œuf dans l'avortement.

5° En tous cas, il est inoffensif, à l'inverse de l'ergot de seigle; s'il échoue, il sera toujours loisible de recourir soit à l'expectation, soit à l'intervention active.

6° On le prescrira donc quand la rétention placentaire simple dure depuis 6 heures au moins; plus rapidement quand la rétention s'accompagne d'hémorrhagie ou de fièvre.

7° L'administration de la quinine pourra constituer le premier temps d'une thérapeutique plus active, toutes les fois que l'évacuation rapide de l'utérus sera indiquée.—L'OB-TÉTRIQUE.

INJECTIONS DE SÉRUM DANS LES HÉMORRHAGIES POST-PARTUM

M. OLLIVIER.—On a beaucoup écrit ces derniers temps sur le traitement des hémorrhagies par les injections de sérum artificiel. Les accoucheurs ne sont pas restés en arrière et dernièrement encore M. Maygrier publiait un cas de véritable résurrection dû à une injection massive d'eau salée dans les veines. Le sérum agit de deux façons : 1° en remplaçant la quantité de liquide perdue par l'organisme; 2° comme hémostatique (expériences de Hayem-Audebert). On peut injecter le liquide dans les veines ou dans le tissu cellulaire, mais on doit en faire pénétrer une certaine quantité sans crainte d'accidents. Dans les cas d'hémorrhagie foudroyante on doit aller vite, sous peine de voir la femme succomber entre les mains du médecin.

Il est donc bon que l'accoucheur soit outillé contre les hémorrhagies possibles. C'est pourquoi j'ai fait construire un appareil qui contient l'instrumentation nécessaire pour injecter un litre de sérum stérilisé.

M. NITOT.—Je crois qu'il n'est pas utile de compliquer la trousse de l'accoucheur d'un nouvel instrument. Un simple entonnoir muni d'un tube de caoutchouc suffit. En y ajoutant une aiguille de l'aspirateur Potain on a un appareil suffisant dont on peut faire bouillir toutes les parties.

M. CHARPENTIER.—La voie sous-cutanée suffit dans tous les cas. On sait, en effet, que les injections intra-veineuses peuvent devenir dangereuses. Ce n'est que dans les cas *in extremis* qu'on sera autorisé à injecter dans la veine; du reste, souvent une très petite quantité de liquide suffit pour relever l'état général.

M. MAYGRIER.—Je ne conseille la voie veineuse que dans les cas désespérés où il faut agir rapidement. J'ai ainsi pu injecter six litres en vingt-quatre heures chez une malade considérée comme morte; elle a parfaitement guéri.

M. LOVIOT.—On peut employer également les injections de sérum dans les cas de placenta prævia pendant la grossesse. On peut ainsi permettre à l'enfant de se développer et d'approcher de l'époque du terme.

M. BUDIN.—J'emploie aussi depuis longtemps la voie rectale qui a l'avantage de pouvoir absorber un liquide non stérilisé.—*Rev. des mal. des femmes.*

REVUE D'HYGIÈNE

L'ASSAINISSEMENT DES PLACES D'EAU

Il n'y a pas un sujet qui, à cette saison de l'année, mérite autant d'attirer l'attention de la population dans la province de Québec. Chaque été, un grand nombre de familles vont passer la saison chaude à la campagne, dans un village attrayant situé, tantôt dans les Laurentides, tantôt sur les bords du fleuve St. Laurent ou de ses tributaires. Ce qui détermine ces familles à se déplacer, ce n'est pas tant la question du plaisir que celle, beaucoup plus importante, de la santé. La population des villes s'éloigne pendant l'été parce que ces causes de maladie sont plus nombreuses : chaleur élevée, difficulté de conserver les aliments, poussière, mauvaise odeur, etc, etc. Elle va à la campagne chercher la fraîcheur, l'eau pure, les aliments sains, la tranquillité, et retremper ses forces pour la reprise des affaires à l'automne.

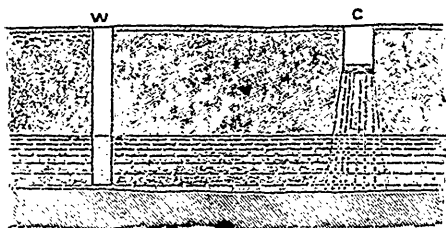


FIG. I.—Puisard C contenant la nappe d'eau qui alimente le puits W.

Le village où l'observation de l'hygiène est le plus facile sera choisi d'instinct par les gens qui vont en villégiature, car le séjour dans un endroit de ce genre sera pour eux d'autant plus profitable qu'il sera plus sain.

Dans la plupart des villages d'été, les habitants ne comptent ordinairement que sur les avantages naturels de la place pour attirer la clientèle. Nous croyons que c'est une erreur. Une baie spacieuse, une jolie rivière, un bois de sapin tout proche, une montagne, un lac sont sans doute de nature à inviter les gens à s'arrêter. Mais ce n'est pas suffisant. Dès que la vie en commun s'organise quelque part, elle se complique immédiatement de nécessités toujours les mêmes auxquelles on est forcément obligé de donner son attention, et qui, négligées, peuvent la compliquer terriblement. C'est pourquoi nous croyons du plus grand intérêt pour les autorités villageoises d'appliquer l'hygiène avec à propos dans les différentes branches de leur organisation municipale. Elle ne ferait en cela que prendre l'intérêt de leurs administrés et des étrangers en villégiature.

Beaucoup de villages prennent leur approvisionnement d'eau dans la nappe d'eau souterraine ; c'est à dire que les habitants du village vivent au-dessus de l'eau qu'ils boivent. Cette eau leur est fournie par les puits. Alors, comme l'a si bien fait voir le Secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène dans son rapport de 1895, pourquoi contaminer ces puits par les déchets jetés aux puisards, alors que le drainage par l'irrigation est encore le plus facile à faire et le plus profitable à la culture potagère ?

Les puisards sont une source de dangers. Les matières liquides et malpropres qu'on y verse filtrent à travers le sol sans s'épurer suffisamment et vont rejoindre la nappe d'eau souterraine qui alimente les puits. Il faut défendre l'usage des puisards et conseiller de recueillir les eaux ménagères dans un ton-

neau étanche et bien couvert que l'on videra ensuite sur une grande surface, soit dans un jardin, soit sur un terrain vague.

L'un des plus grands dangers que l'on rencontre à la campagne, et l'un de ceux, peut-être, dont les gens de la ville ont le plus à souffrir, c'est l'usage des fosses d'aisances. Les latrines à la campagne consistent le plus souvent en



FIG II.—Comment la nappe d'eau souterraine et par suite l'approvisionnement en eau de tout un village peuvent devenir contaminés. (Les 5 coupes profondes représentent les puits, les autres représentent les puisards.)

de simples trous creusés dans la terre. Les principaux inconvénients de ces fosses d'aisances fixes, dit le Secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène, sont: 1° les exhalaisons pestilentielles qu'occasionnent les matières en décomposition

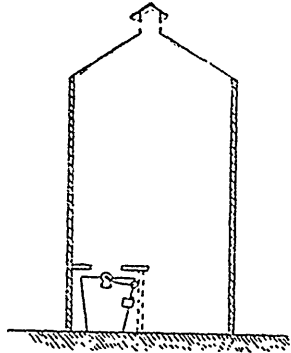
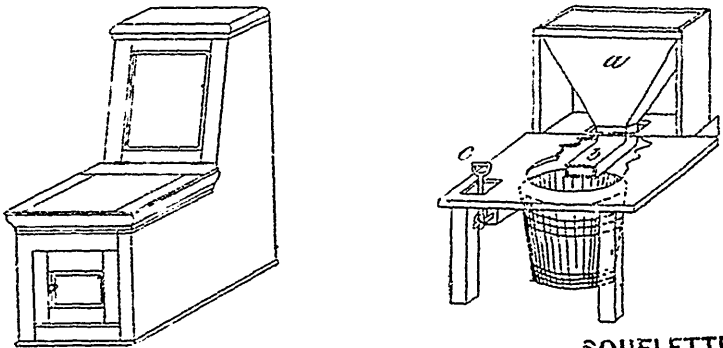


FIG. III.—Latrine à réservoir étanche placé au-dessus du sol, dans lequel on doit verser de la terre sèche après chaque opération.



FIGS. IV. V.—Latrine à terre ou à poudre absorbante (*earth-closet*).

a. réservoir pour la terre sèche ou la poudre.—b, conduite d'une amenée de terre.—c, trette actionnant le bouchon du réservoir.

qu'elles contiennent ; 2° la pollution des puits situés à petite distance ; 3° la pollution de la nappe d'eau souterraine.

Un moyen très simple, très facile d'empêcher les matières fécales de polluer l'eau des puits et surtout de jeter tant d'odeur, c'est de les recevoir dans des réservoirs étanches placés au-dessus de la surface du sol, c'est d'employer les

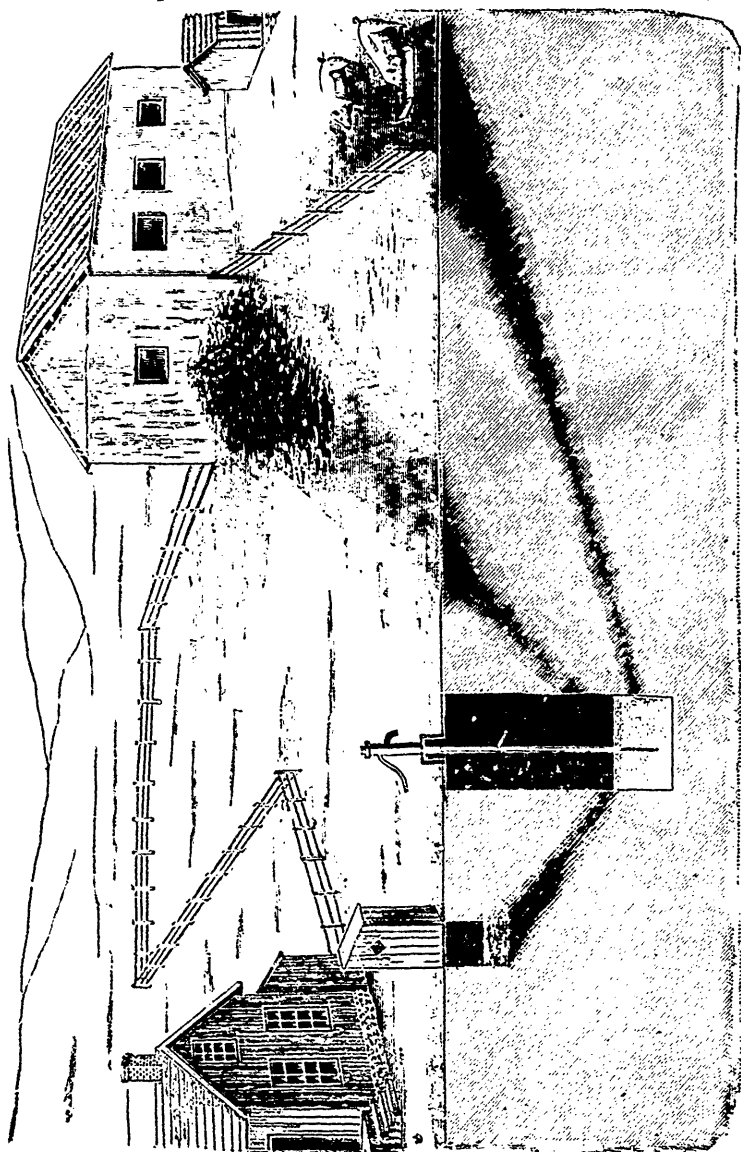


Fig. VI.—Puits contaminé par les filtrations provenant d'une fosse d'aisances fixe, d'un tas de fumier et d'une porcherie.

latrines à terre sèche. " Une boîte, une grande chaudière ou un demi-baril peuvent servir à cet usage du moment qu'ils sont étanches. Il suffit d'ajouter une petite quantité de terre sèche (2 livres suffisent) dans le réservoir en question, après chaque opération, pour atténuer l'odeur qui s'en échappe." On peut utiliser le contenu de ces réservoirs comme engrais. L'usage des latrines à terre sèche, simple et facile, met à l'abri de tous les dangers des fosses d'aisances fixes.

Un troisième danger dont il est bon de se mettre à l'abri, c'est la pollution de l'eau de boisson par les égouts. Certaines maladies, entre autres la fièvre typhoïde, ont une origine hydrique.

L'absence de déclaration des maladies contagieuses est aussi propre à faire fuir les familles en villégiature. L'isolement à la ville étant des plus faciles, on comprend que les parents, à la campagne, sachant que la rougeole, la scarlatine ou la diphtérie a fait son apparition, et constatant qu'on ne prend aucunes précautions prophylactiques, s'empresseront d'éloigner leurs enfants du foyer de contagion, et s'en iront ailleurs. Voilà pourquoi le médecin qui cache un cas de maladie contagieuse, croyant par là rendre service à sa clientèle, commet une bien grave erreur. Il permet, par sa négligence, à la maladie de se propager, et atteint un but tout contraire à celui qu'il avait. Les étrangers seraient restés si l'on eut pris, dès le premier cas, les mesures prophylactiques nécessaires pour les mettre à l'abri; ils s'en vont dès qu'ils constatent la négligence intéressée des autorités médicales et municipales.

Les médecins et les conseils municipaux devraient se donner la main pour rendre aussi parfaite que possible l'organisation sanitaire des places d'eau. C'est pour eux non seulement un devoir, ce qui serait déjà suffisant, mais de plus une question d'intérêt. Tout le monde ne peut que bénéficier de l'augmentation temporaire de la population, qui s'accompagne nécessairement d'une circulation monétaire plus active. A ce point de vue, les capitaux consacrés au drainage, à la désinfection, etc., constituent un bon placement, puisqu'ils augmentent les revenus.

On accorde aujourd'hui une attention de plus en plus grande à ces questions de première importance, et il devient de plus en plus difficile de les négliger. La population des villes, déjà bien renseignée sur les questions d'hygiène, se dirige à la belle saison vers les endroits qui lui paraissent les plus sains, et s'enquiert avant de partir de leur état sanitaire. Les places d'eau devront se tenir propres si elles veulent conserver leur clientèle et faire face à la compétition. Personne, dans ces circonstances, ne pourra leur donner de meilleurs conseils que le médecin, mieux renseigné que tout autre sur les questions d'hygiène. Nous croyons même qu'il a le plus grand intérêt à prendre l'initiative sur ces questions d'intérêt vitale. C'est pour lui un moyen d'affirmer son rôle.

L'ANTISEPSIE CHEZ LE BARBIER

Nous avons déjà donné (page 118) notre opinion sur ce sujet, dont nous ne sommes pas le premier à souligner l'importance. Un article du Dr Missaglia publié dans le *Giornale de la R. Società italiana d'Igiene* (15 février) nous permet d'y revenir avec plus de détails.

L'auteur a surtout en vue, dans son article, la prophylaxie des maladies contagieuses de la peau : teignes, pelades, alopecies parasitaires, herpès circiné, etc. Ce sont déjà des maladies peu agréables, quoique superficielles. Mais il y a à nos yeux un danger bien plus grand encore, dont les conséquences sont beaucoup plus graves, c'est la contagion de la syphilis par le rasoir, dont la possibilité est démontrée depuis longtemps, et dont la fréquence est moins rare qu'on ne pense, dans un grand centre populeux comme Montréal. Si ce mal terrible, faisant suite à la contagion *voulue*, est déjà bien triste et mérite notre pitié, que penser de la contagion *inattendue* dans une chaise de barbier, atteignant un père de famille rangé et travailleur, un jeune homme vigoureux et honnête. La possibilité seule de ce fait désastreux justifierait de rendre obligatoire l'antiseptie chez le barbier.

Beaucoup de coiffeurs sont disposés à prendre des mesures prophylactiques, dit le Dr Missaglia, mais ils sont mal éclairés et mal renseignés. Il propose de leur faire suivre, comme aux infirmiers, des conférences élémentaires d'hygiène,

et il trace certaines mesures très pratiques et, croyons-nous, suffisamment efficaces à leur conseiller.

1° Laver les rasoirs dans une solution de potasse caustique à 8 p. 1000, et les essuyer avec un tampon d'ouate imbibé d'alcool à 60°; deux fioles contenant chacune de ces solutions devraient se trouver dans chaque salon de coiffeur.

2° Les ciseaux, dont les branches devraient se séparer facilement, seraient lavés de la même façon.

3° Tous les autres objets seraient soumis pendant dix minutes à l'ébullition dans de l'eau contenant 15 à 20 grammes (4 à 5 drachmes) de carbonate de soude par litre (pinte), sur un réchaud à gaz qui serait en permanence dans la boutique.

4° En changeant de client, l'artiste devrait toujours se savonner les mains et les humecter de solution de sublimé au millième.

Le Dr Vallin, qui analyse dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (20 mai) l'article du Dr Missaglia, ajoute quelques conseils supplémentaires très appropriés, au sujet de la question difficile de la stérilisation des brosses. L'ébullition ne lui paraît pas suffisante. Peut-être réussirait-on, dit-il, en plaçant tous ces objets pendant le temps où ils ne servent pas sur des grillages superposés dans une petite armoire ou un tiroir dans lequel se dégagerait en permanence de l'aldéhyde formique : on pourrait imbiber une éponge placée dans une soucoupe avec la solution commerciale à 40 p. 100. Il est bien entendu que les brosses seraient dégraissées tous les jours avec le spongiase ou l'éther de pétrole."

Le Dr Vallin trouve aussi qu'il y aurait avantage, après une taille de cheveux, à verser dans la main une cueilliée à bouche de solution alcoolique de sublimé à 2 p. 1000 et à en humecter les cheveux et le cuir chevelu.

Le Dr Heinrich Berger, dans un livre publié en Allemagne, et analysé dans le *New-York Medical Journal*, pose les règles suivantes : 1° Le barbier ne devra pas souffrir d'épilepsie, ou d'affections spasmodiques, ou de maladies contagieuses ; il ne devra pas être ivrogne ; 2° Les personnes ayant des maladies cutanées devront être servies à domicile, et avec leurs propres ustensiles ; 3° Il vaudra mieux d'ailleurs que chacun ait ses ustensiles ; 4° Il sera bon de n'utiliser que de bonnes brosses nettoyées régulièrement ; les peignes devront être de corne, de caoutchouc ou d'écaille, et de bonne qualité ; 5° Au lieu de houppes à poudre, il vaudra mieux employer des tampons, qu'on jettera immédiatement ; 6° Les serviettes, vêtements, etc., devront être très propres ; on préférera les serviettes en papier à celles en toile, parce qu'on peut les jeter ; 7° On nettoiera les peignes, après s'en être servis, mécaniquement, et on les désinfectera avec du sublimé corrosif ; on fera bouillir les rasoirs, blaireaux, etc., ou bien on les nettoiera avec des tampons trempés dans l'alcool absolu ; 8° On défendra l'usage de souffler sur le cuir à rasoirs, puis de l'essuyer avec la main ; 9° Le support de tête sera nettoyé fréquemment ; 10° Les mains du barbier seront toujours très propres ; ses vêtements, légers, fermeront au cou et aux poignets ; 11° On défendra de souffler les cheveux à mesure qu'on les coupe ; 12° On mettra les barbiers au courant des maladies de la peau et des maladies contagieuses ; 13° Ces règlements imprimés seront placés dans chaque boutique de barbier ; 14° Ces boutiques devront avoir une licence et être soumises à de fréquentes inspections.

Voilà des conseils pratiques et on pourra difficilement nier que cette question de l'antisepsie chez le barbier ne soit d'un intérêt très grand pour tout le monde. Il faudra avant longtemps que les autorités sanitaires, poussées par l'opinion publique, s'en occupent, et donnent les instructions à messieurs les barbiers. Ceux-ci, d'ailleurs, y seront amenés par l'intérêt qu'ils ont à conserver leur clientèle, et tout le monde bénéficiera d'un état de choses dont nous serons les premiers à nous réjouir.

REVUE DE PEDIATRIE

Sous la direction du Dr ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

Sur la Diarrhée infantile.

Par le Prof. BAGINSKY.

L'auteur distingue trois formes principales de diarrhée infantile :

- 1°. La dyspepsie, suite de troubles fonctionnels ;
- 2°. Les formes catarrhales, allant depuis le catarrhe simple dyspeptique jusqu'au choléra infantile ;
- 3°. Les formes muco-membraneuses (folliculaires), depuis l'entérite muco-membraneuse jusqu'à la dysenterie grave.

L'examen bactériologique montre que dans tous les cas de diarrhée infantile il s'agit toujours des mêmes espèces microbiennes, dont seul le nombre relatif varie. Les trois microorganismes que l'on rencontre constamment sont : le Colibacille, le *Bacillus aerogenes* et une bactérie appartenant au groupe des *Proteus*. Le *Bacterium coli* est suffisamment connu et l'on sait que les diarrhées augmentent sa virulence et qu'il peut acquérir en ces cas des propriétés infectieuses et pathogènes pour l'organisme. L'auteur a trouvé que dans certaines conditions le *Bacterium lacti* peut aussi pénétrer dans l'organisme : dans un cas il fut trouvé dans les reins à côté du colibacille et du bacille du groupe *Proteus*. Dans certains cas, tous ces bacilles, généralement si anodins, acquièrent une virulence telle, qu'on tue rapidement des souris, en les faisant manger des cultures. Et même les cadavres des bacilles, tués par le chloroforme, se sont montrés mortels pour les souris aussi bien en les ingérant qu'en injection sous-cutanée. Le bacille du groupe du *Proteus* renferme une substance qui est extrêmement toxique pour les animaux. Dans quatre cas d'entérite muco-membraneuse observés chez des enfants, qui ont succombé rapidement l'un après l'autre à l'hôpital, l'auteur a trouvé un bâtonnet qui a la plus grande analogie avec le bacille pyocyanique. Par contre tous les examens bactériologiques du sang, même dans les cas les plus graves de diarrhée infantile, ont donné un résultat négatif.

On ne doit pas, par conséquent, accepter la possibilité de pénétration des microbes pathogènes dans la circulation sanguine.

Conclusions :

1°. Les diarrhées estivales des enfants ne sont au début que des troubles digestifs fonctionnels, c'est-à-dire chimiques ; plus tard, quand les troubles fonctionnels provoquent des lésions anatomiques de la paroi intestinale, les bactéries habituelles, mais saprophytes (non passagères) de l'intestin deviennent virulentes et acquièrent des propriétés pathogènes.

2°. Ces bactéries exercent leur influence morbide par les produits de putréfaction de nature non toxique ou, le plus souvent, toxique (ammoniacque et ses dérivés etc) ; ces derniers agissent, provoquent l'inflammation de la paroi intestinale et font pénétrer, par voies lymphatique et sanguine, dans les principaux organes excréteurs (foie, reins) leurs produits de décomposition.

3°. A la suite de ces processus, la nutrition générale est entravée, l'organisme s'affaiblit, sa résistance diminue et il devient la proie facile de microorganismes de toutes sortes, qui l'envahissent, ceux-ci pathogènes, les

staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, etc. D'où toute une série de complications dues à ces infections secondaires, pour lesquelles l'organisme infantile devient tout particulièrement prédisposé.—*Journ. de Cl. et Thér. Inf.*

Les bains chauds dans le traitement de la rougeole—Par Rix. *Brit. med. Journ.*, 1er novembre 1896, p. 1379.

L'auteur recommande très vivement les bains chauds à 90-100° F., dans le traitement de la rougeole, et ceci non-seulement dans les cas confirmés, mais aussi dans ceux où le diagnostic est incertain, l'eau chaude, ayant, d'après lui, pour résultat de faire sortir ou ressortir l'éruption. Les bains d'une durée de 8 à 10 minutes, sont donnés deux fois par jour, plus souvent encore au besoin et sont continués tant que l'éruption n'est pas bien sortie; et on les continue encore deux fois par jour, jusqu'au moment où la température redevient normale. Pendant la convalescence, c'est-à-dire pendant dix jours encore, on ne donne qu'un bain par jour.

L'auteur a constaté que sous l'influence de ce traitement la durée de la rougeole est abrégée, la tendance aux complications pulmonaires et rénales diminuée.

Étude de la température dans la coqueluche, par GUÉRIN. Thèse de Paris, 1896.

Pour l'auteur, la coqueluche ne reste apyrétique pendant toute la durée de son évolution que dans les formes légères. La période catarrhale dans les formes moyennes et même la période d'état dans les formes excessives s'accompagnent de bronchite et sont généralement marquées par une fièvre plus ou moins vive, mais irrégulière et rémittente. Contrairement à Cadet de Gassicourt, l'auteur considère cette bronchite comme faisant partie intégrante de la coqueluche, et nullement comme une complication; aussi admet-il que cette fièvre relève non pas de la bronchite, mais de la coqueluche.

Les accès fébriles que l'auteur étudie avec détail sont ceux qui surviennent brusquement et sur lesquels son maître M. Hutinel a attiré son attention. Dans ces cas, sans cause apparente on voit la température s'élever tout à coup jusqu'à 39 et 40° ou même davantage. L'ascension se produit tantôt brusquement dans l'espace d'une journée ou d'une nuit, tantôt elle n'atteint son maximum qu'en 24 ou 35 heures, mais sans qu'il y ait eu rémission. La défervescence commence aussitôt ou se fait attendre de 12 à 24 heures; tantôt elle est complète en 12 heures, tantôt elle se fait d'une façon progressive en un jour ou en un jour et demi. Il peut arriver qu'elle ait lieu en deux temps séparés par une légère recrudescence. L'accès est unique ou se renouvelle après deux ou trois jours; parfois aussi, il ne reparait que beaucoup plus tardivement.

Les signes physiques sont des plus variables. Le plus souvent la percussion ne donne rien; l'auscultation révèle à peine quelques râles disséminés et un murmure respiratoire un peu rude ou légèrement affaibli. Dans quelques cas cependant, surtout lorsque la fièvre a une certaine durée, les râles sont plus abondants ou plus fins et la respiration peut être véritablement soufflante; mais ces signes sont ordinairement très mobiles. L'intensité des autres symptômes: dyspnée, agitation, abattement, etc., présente aussi tous les degrés, bien qu'elle soit généralement peu en rapport avec la température. La violence et la fréquence des quintes sont peu modifiées, plutôt légèrement accrues.

Ces poussées fébriles éphémères qui peuvent se renouveler à quelques jours d'intervalle et qui semblent tenir à des infections rapidement abortives, ne paraissent avoir aucune influence sur la maladie et n'assombrissent par suite en rien le pronostic. Leur diagnostic présente de sérieuses difficultés, car le plus souvent ni les signes physiques, ni les symptômes fonctionnels ne permettent de les différencier du début d'une complication pulmonaire véritable fébrile. Aussi,

en présence d'une hyperthermie considérable survenant au cours de la coqueluche, le médecin peut-il s'inquiéter à juste titre; il est de son devoir de tout mettre en œuvre aussitôt pour conjurer une complication qu'il soupçonne; mais avant de porter un pronostic alarmant, il doit attendre que la confirmation de son diagnostic lui ait été donnée par les signes stéthoscopiques propres à cette complication et surtout par la persistance de la fièvre et de la dyspnée.

(*Rev. des mal. de l'Enf.*)

De la durée de l'incubation et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche, par LÉON. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 octobre 1896.

Les données que nous possédons sur la durée de l'incubation de la plupart des maladies infectieuses sont loin d'être précises. Ce fait tient évidemment aux difficultés qu'on éprouve en pratique à déterminer la chronologie des diverses phases de développement des affections de ce genre,

Dans ces conditions, chaque observation nouvelle, dans laquelle le début de la contagion est rigoureusement établi, même lorsqu'elle est isolée, acquiert une grande importance.

Tel est le cas relaté par M. Léon. Il a trait à une fillette de 10 ans, ayant joué le rôle d'agent contaminateur et à un garçon de 3 ans et demi, qui fut contaminé. Ces deux enfants ne s'étaient trouvés en contact l'un avec l'autre qu'une seule fois, et cela dans la maison de la petite fille qui présentait depuis la veille une toux d'apparence banale, sans fièvre ni malaise, mais dont les deux frères avaient la coqueluche depuis quelques jours.

Six jours plus tard, on constatait chez la fillette une coqueluche bien caractérisée.

Onze jours après le contact unique qu'il eut avec sa petite amie, le garçon fut pris d'enrouement avec rougeur vernissée des piliers du voile du palais et du pharynx.

Au bout de quatre jours, la toux devint nettement quinteuse et le diagnostic de coqueluche put être établi. Et, en effet, le lendemain on constatait l'existence d'inspirations spasmodiques.

Comme cet enfant habitait une localité absolument indemne de coqueluche, et comme, d'autre part, il n'avait pas été soumis à une autre cause de contamination que celle que nous avons signalée plus haut, l'auteur croit pouvoir avancer avec certitude que c'est bien par la petite fille que ce garçon a été contaminé et que la période de la coqueluche a duré chez lui onze jours.

Une autre déduction qui découle de l'observation de M. Léon, c'est que la coqueluche est transmissible dès le premier jour de ses manifestations initiales.

M. Weill (de Lyon) soutient aussi cette idée que la coqueluche n'est pas contagieuse en pleine période des quintes, bien qu'elle le soit encore dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'apparition des quintes; le contagion disparaîtrait que quelques jours après avoir causé la maladie.

(*Revue des mal. de l'Enf.*)

Des altérations de la moelle épinière dans la coqueluche, par BERNHARDI. *Soc. de méd. int. de Berlin*, 2 novembre 1896.

On connaît des complications nerveuses dans la coqueluche: convulsions, coma, hémiplegie avec ou sans aphasie, paralysies des nerfs crâniens, et des complications mentales plus rares: imbécillité, hallucinations, amblyopie, amaurose, surdité. Mais on signale très peu de complications médullaires: un cas de Moebius et un de Surmet.

L'auteur a observé une petite fille de 5 ans qui, au cours d'une coqueluche, perdit complètement l'usage des membres inférieurs; en même temps, on constata une exagération des réflexes rotuliens et des troubles urinaires.

Elle avait presque recouvré l'usage de ses membres lorsqu'elle fut atteinte d'oreillons qui aggravèrent son état.

Actuellement elle est complètement rétablie, l'auteur admet qu'il y a eu de petites hémorrhagies de la moelle épinière, comme Vidal en a vues dans le cerveau.

M. FURBRINGER a soigné un enfant de 3 à 4 ans qui fut pris, au cours d'une coqueluche en voie de disparition, de somnolence, puis de convulsions et succomba au bout de quelques jours. On trouva une encéphalite hémorrhagique très étendue qui se continuait au loin dans la moelle sous la forme d'hémorrhagies capillaires. Ces inflammations hémorrhagiques ne dépendent pas d'une cause mécanique, mais sont de nature et d'origine infectieuses, car c'est surtout au moment de la convalescence qu'elles se déclarent.

D'après M. LEYDEN, il s'agit, dans ces cas, d'hémorrhagies réelles et non pas d'inflammations infectieuses. Les suites infectieuses de la coqueluche n'ont pas une grande importance, contrairement aux troubles de la circulation causés par les quintes de toux. Du reste, chez les adultes aussi la coqueluche est redoutable; trois fois Leyden a observé, chez des hommes, des hémiplegies.

M. FURBRINGER ne nie pas la possibilité des hémorrhagies d'origine mécanique; pourtant dans son cas, il existait des foyers de ramollissement dans le cerveau. Il est établi que dans l'influenza il s'agit bien d'une encéphalite; la coqueluche étant une maladie infectieuse au même titre que l'influenza, il y a tout lieu de supposer que la première de ces affections peut aussi bien être accompagnée d'encéphalite que la seconde.

M. BAGINSKY a vu se développer à la suite d'une coqueluche un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles qui persista deux mois. Les psychoses consécutives à la coqueluche sont rares, mais elles ont, en général, un pronostic bénin. La paralysie de la malade de M. Bernhardt était de nature hystérique.

M. RUHEMANN a vu un petit garçon âgé de 3 ans qui fut atteint, pendant un accès de coqueluche, de convulsions qui, partant de la jambe droite, se généralisèrent ensuite à tout le corps et se terminèrent par une hémiplegie du côté droit; cette hémiplegie, à son tour, disparut au bout de quelques jours, mais il resta une paralysie de la jambe. Ces accidents étaient probablement dus à une lésion en foyer de la circonvolution pariétale ascendante.

D'après M. BERNHARDT, la paralysie de sa malade ayant duré plusieurs années, on ne peut la rattacher à l'hystérie, d'autant plus qu'il existe encore aujourd'hui une certaine impotence du pied.—(Rev. des mal. de l'Enf.)

Réflexions sur l'appendicite.—Par M. HUCHARD.

J'ai reçu plusieurs lettres de mes lecteurs me demandant de mettre les "choses au point" sur la question de l'appendicite, "une maladie devenue bien embarrassante pour les praticiens après les discussions contradictoires dans les Sociétés savantes."

Mais, "mettre les choses au point" dans une question si diversement résolue par des hommes de haute valeur, c'est là une œuvre fort malaisée et longue. On pourra discuter longtemps encore, et Montaigne n'a pas eu absolument tort de dire que "l'art de la médecine change selon les climats et selon les lunes, selon Fernel et selon l'Escale." Enfin, malgré mon envie bien grande de me récuser, je vais m'exécuter en partie, puisque je n'examinerai rapidement que deux points, laissant aux lecteurs le soin de conclure.

1^o Rapport de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. — Ici, deux opinions opposées: celle de M. Dieulafoy, qui n'admet pas que l'appendicite puisse être l'aboutissant d'un entéro-colite membraneuse, la théorie de la "cavité close" lui défendant, en quelque sorte, de partager cet avis; celle de M. Reclus dérivant au contraire, par des observations concluantes et par une argumentation des plus remarquables, que le fait existe moins rarement qu'on l'a dit.

A ce sujet, la question a été mal posée; c'est pourquoi elle n'a pas été

entièrement résolue. Il aurait fallu commencer par définir "l'entéro-colite muco-membraneuse."

En effet, il ne suffit pas que les malades rendent "des peaux" par l'intestin pour conclure à l'existence d'une colite, et l'on sait que ces pseudo-membranes ne sont souvent que le résultat de troubles sécrétoires, et nullement inflammatoires, survenant chez les névropathes, sous l'influence de la constipation, après de simples crises entéralgiques ou encore chez les individus atteints de dyspepsie stomacale.

Par conséquent, dans tous les cas où il s'agit de pseudo-colite muco-membraneuse chez les nerveux, les constipés, les entéralgiques, les dyspeptiques, l'inflammation ne peut pas se propager à l'appendice, puisque cette inflammation n'existe pas, (ce qui semble donner raison à Dieulafoy).

Mais, cette inflammation peut se propager et se propage parfois de l'intestin à l'appendice, quand il s'agit d'une véritable entéro-colite (ce qui donne raison à Reclus).

2° *Indications de l'opération.*—Tout le monde—aussi bien en médecine qu'en chirurgie—est partisan de l'intervention opératoire, en "temps opportun," et pour des cas bien déterminés. Dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux (7 décembre 1894), j'étais également arrivé à cette conclusion : "Souvent, trop souvent, l'embarras est grand, le diagnostic fort malaisé, et dans le doute, j'avoue que je ferais pencher la balance du côté chirurgical. Pour cette maladie, dans le doute il ne faut pas s'abstenir." Et Roux (de Lausanne), auteur de tant de travaux importants sur ce sujet, a eu raison d'affirmer que "le seul moyen de guérison absolu pour tout individu qui a eu, ne fut-ce qu'une seule crise d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche."

Mais, proclamer à l'encontre d'éminents chirurgiens et médecins, que l'appendicite est "une et indivisible," que le traitement médical est nul, que l'opération s'impose dans tous les cas, qu'elle est toujours l'*ultima et prima ratio*, c'est compromettre une bonne cause, c'est commettre une exagération d'autant plus grave qu'elle peut amener dans l'avenir une réaction en sens contraire; et il faut avouer que cette réaction serait profondément regrettable. Sur un certain nombre de questions médicales, M. Dieulafoy est en complet désaccord avec beaucoup de cliniciens, et, emporté sans doute par l'ardeur oratoire, il va parfois un peu loin, quoiqu'il plaide très éloquemment un procès généralement juste.

Cependant, comme toute maladie, l'appendicite est soumise aux indications thérapeutiques, pour ou contre l'intervention opératoire, pour ou contre le traitement médical, et c'est la discussion calme, prudente et raisonnée de ces indications qui est l'œuvre du clinicien. *Ars tota in indicationibus*. Mais ces indications ne peuvent pas toujours se déduire de nombreuses statistiques, puisées de droite et de gauche—un bloc enfariné!—dont le moindre tort est d'être parfois un peu complaisantes...

On conçoit que je ne puisse ici entrer dans le détail de tous les faits pour discuter ces indications. Qu'il suffise de recommander la lecture d'un travail remarquable de Talamon, dont le nom et l'opinion, dans toutes ces discussions, ont été certainement trop laissés dans l'ombre. Il a cependant tracé de main de maître, comme tout le monde doit équitablement le reconnaître, l'histoire complète de cette maladie, et il termine par ces paroles, pleines d'un grand sens clinique :

"La première indication dans l'appendicite, dit W. Kaen, c'est d'appeler le chirurgien." Nous voulons bien, mais à deux conditions : la première, c'est que ce soit le médecin qui demande le chirurgien ; la seconde, c'est que le chirurgien soit bien convaincu d'avance que c'est moins à son bistouri qu'à son jugement qu'on fait appel."

Tel est le mot de la fin. Dans notre art—et c'est ce qui en fait le mérite et la difficulté—on ne dicte ni des lois, ni des arrêts ; on soigne des malades, et non pas des maladies ; on doit opérer chez l'un, et pas chez l'autre...

Il n'y a qu'une manière pour nous de "mettre les choses au point," et la voici : Restons médecins, même et surtout en chirurgie.—(*In Journ. des praticiens*.)

FORMULAIRE

Bronchite chronique.

R. Poudre de Dwer.....	10-20 grains
Poudre de scille.....	10-20 grains
Poudre d'encalyptus.....	1 drachme
Pour trente cachets.	

Sig.—3 cachets par jour.

LYON.

Cystite.

R. Baume du Canada.....	4 drachmes
Magnésie calcinée.....	Q. S.
Pour faire 100 pilules.	

Sig.—4, puis 5 pilules par jour.

MESNARD.

Antiseptio intestinale.

R Naphtol.....	45 grains
Chloroforme.....	20 gouttes
Huile de ricin.....	2½ onces
Essence de menthe.....	5 gouttes

Sig—A prendre par cuillerées à bouche dans du vin, de la bière ou du café noir chaud et sucré.

Chez les enfants, par cuillerée à café.

POLLAK.

Laryngite striduleuse.

R. Citrate de potasse.....	2 drachmes
Laudanum de Sydenham.....	20 gouttes
Poudre d'ipéca.....	} aa ½ once
Sirop simple.....	
Eau Simple.....	Q. S.

Pour quatre onces.

Sig.—A donner aux enfants par cuillerée à café, une toutes les deux heures.

DOUGLAS.

Insolation.

Plus le malade sera traité rapidement et énergiquement, plus l'on aura de chances de le guérir.

‡ 1° *Abaisser la température du malade.*

Le malade étendu sur une table est frictionné sur tout le corps avec des morceaux de glace, ou des éponges trempées dans l'eau glacée. Ces frictions durent 5 à 10 minutes et sont renouvelées tous les quarts d'heure. On prendra la température interne (rectum, vagin) ; la température externe (aisselle) varie de 4° à 6°.

2° *Décongestionner les méninges.*

Un sac rempli de glace est maintenu en permanence sur la tête.

Lorsque la congestion cérébrale est forte, ou qu'elle se prolonge, on applique 4 à 8 sangsues sur les apophyses mastoïdes.

Lorsqu'il y a irritation des centres nerveux accompagnée de contractura, et si le pouls le permet, on pratique une saignée de six onces à la veine céphalique.

3° *Soutenir le cœur.*

Injections hypodermiques fréquentes d'éther, de strychnine ou d'huile camphrée.

4° *Stimuler la respiration.*

Il sera nécessaire, dans certains cas à forme asphyxique, de stimuler le centre respiratoire en faisant des tractions rythmées de la langue.

Lorsqu'on aura réussi à sauver le malade, il sera bon de vider ses intestins par des doses légères de calomel.

Certains cas d'insolation prennent une forme anémique ; la température est très élevée, mais la peau est d'une pâleur considérable et les centres nerveux semblent paralysés. Ces cas sont très dangereux. Il faut surveiller surtout le cœur et les poumons. On se trouvera bien, quelquefois, au lieu d'employer la glace, d'entourer le malade de bouteilles d'eau chaude et de le faire transpirer abondamment.

L'existence d'une diarrhée abondante semble être un très mauvais signe.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, JUILLET 1897.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes de M. L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef.

Dans mon dernier courrier, le typographe me fait dire "cancer du sein et peut-être du foie; c'est "cancer du rein" qu'il faut lire.

Voici en résumé le rapport du mois de juin. Cent quarante-sept patients ont été admis, cent soixante-quatre congédiés et quatre-vingt quatorze restaient à l'Hôpital le 1er juillet 1897.

Trois malades sont morts en dedans de trois jours; deux ont été transportés morts et sept sont morts sous traitement.

L'ambulance a répondu à cinquante-huit appels, dont quarante-deux pour accidents et seize pour cas privés.

En chirurgie, il y a eu quatre-vingt trois opérations; en ophthalmologie quarante.

Dix-huit cent soixante-six consultations ont été données aux différents dispensaires et deux mille six cent vingt-six prescriptions ont été remplies à la pharmacie.

Parmi les morts, citons entre autres un cas de pleuro-pneumonie avec hypertrophie considérable du foie. L'autopsie a été pratiquée chez ce sujet: le poumon gauche remplissait toute la cavité thoracique du côté gauche, et se trouvait complètement hépatisé. La plèvre gauche beaucoup épaissie était elle-même intimement adhérente au poumon dont elle ne pouvait être séparée sans entraîner avec elle des débris de tissu pulmonaire. Le foie, considérablement hypertrophié, accusait une cirrhose assez prononcée et refoulait le poumon droit, lequel, par suite de cette compression continue se trouvait beaucoup diminué de volume.

Nous avons aussi eu un cas intéressant de méningite tuberculeuse chez une fillette de 14 ans. A l'autopsie, à part les signes de méningite, tous les organes, foie, poumons, cerveau, rate, etc, étaient remplis de tubercules.

Durant les deux derniers mois, la fièvre typhoïde a surtout intéressé le service de médecine. Deux cas seulement se sont terminés par la mort, dont un six jours après son admission. Dans tous les cas, à part un, le séro-diagnostic a été employé avec succès. Voici le traitement suivi dans tous les cas: Diète lactée, acide borique, grs XX, 4 f.p.j. ou cachets. Bains d'éponge toutes les deux heures au besoin, alcool.

Dame D., âgée de 23 ans, mariée, accouchée il y a 2 mois. Malade depuis le 21 mai, elle entre dans le service le 2 juin 1897. Nous la trouvons abattue, insouciante, fièvre à 104°, pouls à 120, langue sèche, blanchâtre au milieu, rouge sur les bords, un peu de congestion pulmonaire. Etat délirant qui persiste pendant cinq à six jours. Le 11 juin, la patiente eut une hémorrhagie légère qui fut contrôlée par des applications de glaces sur l'abdomen. Le lendemain soir, quatre

hémorrhagies consécutives assez abondantes menacèrent d'emporter notre malade dans un monde meilleur. Le traitement cette fois a été : Injections d'ergotine gtt^s viii, puis Ext. fl ergot. 20 minimes toutes les 2 hrs. Glace sur l'abdomen et lavement de térébenthine, ce traitement a réussi à contrôler l'hémorrhagie. Fait assez curieux, la température prise à minuit, une heure environ après la dernière hémorrhagie, était à 110° pour retomber le lendemain matin à 8 heures à 99 3/5°. La malade n'a plus eu d'hémorrhagie dans la suite, mais la température s'est toujours maintenue à 103°, 104° et notre malade expirait le 27 juin.

J'aurais voulu rapporter quelques cas intéressants en chirurgie et en gynécologie, mais le surcroît d'ouvrage, occasionné par la préparation du rapport annuel de l'Hôpital me force de couper court, quitte à me reprendre dans un prochain courrier.

HOTEL-DIEU

Notes du Dr Geo. E BEAUCHAMP, médecin-interne.

Durant le mois de juin, 362 malades ont été traités à l'Hôtel-Dieu; 169 étaient des mois précédents et 183 nouveaux ont été admis. Sur ce nombre 152 ont été congédiés et 11 ont succombé aux affections suivantes : 4 de tuberculose, 2 de maladies du cœur, 2 de tumeur ovarienne, 1 de cancer du pharynx, 1 de cancer de l'estomac, 1 de cancer du sein et 1 d'artério-sclérose.

Le service de médecine ne présente pas de cas bien intéressants. Les cas de maladies chroniques sont toujours en grand nombre.

Dans le service de chirurgie, les opérations sont moins nombreuses que le mois dernier. Parmi les plus importantes, je citerai une opération pour tumeur ovarienne; trois cures radicales de hernies, et deux ablations de sein pour cancer.

Le service d'été vient d'être inauguré. Les docteurs Hingston et Merrill feront le service de chirurgie, et les docteurs Guerin, Fortier et Dubé le service de médecine.

1er Juillet 1897.

Vient de paraître

CHIPAULT.—*Le traitement du mal de Pott*, par le Dr A. CHIPAULT (de Paris). (N° 2 de l'Œuvre Médico-Chirurgicale.) Masson et Cie., éditeurs, 1 brochure in-8° 1 fr. 25

Ce fascicule, le deuxième numéro de la collection de l'Œuvre Médico-Chirurgicale, expose les règles que tout chirurgien prudent mais renseigné doit suivre dans le traitement du mal de Pott et de ses complications.

Le Dr Chipault, inventeur de la méthode thérapeutique qui a causé une si grande sensation dans le monde médical, étudie avec une clarté vraiment remarquable : 1° le traitement des cas où la lésion vertébrale constitue à elle seule toute la symptomatologie; 2° le traitement des cas où cette lésion vertébrale s'accompagne de complications : paraplégie ou abcès froid. Il décrit avec un grand luxe de détails tous les appareils et interventions sanglantes qui doivent réaliser la base de tout traitement essentiel de la tuberculose vertébrale, c'est-à-dire l'immobilisation du malade. Les ligatures apophysaires et la réduction, sous chloroforme, de la gibbosité, méthodes que Chipault revendique énergiquement comme siennes, sont traitées d'une manière approfondie et surtout très compétente.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la réduction de la gibbosité soulevées par les travaux de Chipault prêtent à ce fascicule un intérêt tout particulier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le "MONSIEUR" de la "CLINIQUE"

La "Clinique" du mois de juin publie une réponse, en dix points, aux observations que nous avons faites sur le projet de refonte des statuts du C. M. & C., P. Q.

Cet article ne brille certainement pas par la qualité de l'esprit, la finesse de la plaisanterie ou la valeur des arguments.

Nous avons eu le tort de piquer au vif un *Monsieur* qui ne signe pas ça, mais dont le style, les idées, certaines phrases stéréotypées—de vraies formules magistrales quoi!—révèlent l'identité.

Eut-il été permis d'en douter, la *Patrie* du 8 juin aurait dissipé toute incertitude, car on y pouvait lire, sous l'entête : " Dans le monde médical " :

" La "Clinique" sert un plat assez épicé à son confrère l'*Union Médicale*."

" Si l'*Union Médicale* a voulu avoir des informations elle n'a certainement pas manqué son coup."

Tout l'homme est là ! Eperdument amoureux de Dame Réclame—les sérénades avec la trompette de la Métempsychose étant démodées—il lui fait sa cour au moyen de la presse politique.

Examinons le contenu de ce plat dont les épices ne sont pas d'importance très récente.

1° " La Clinique est-elle l'organe officiel du Collège des Médecins de la " Province de Québec ?

" Réponse :

" Si vous n'en saviez rien, c'est ignorance voulue, si vous nous aviez demandé cela, nous vous l'aurions dit."

Cette réponse est fort impertinente et fort peu pertinente.

Quand un serviteur est grassement salarié, il doit avoir assez de cœur et de conscience pour ne pas laisser faire sa besogne par ceux qui le payent !

2° *Le Bureau médical fait payer les uns et épargne les autres !*

Votre syllogisme a les cornes trop courtes ; il ne mérite pas plus de réponse que votre comparaison entre les comptes d'arrérages d'une corporation et ceux d'un particulier ne mérite d'attention.

" Doit-on poursuivre des récalcitrants ? écrivez-vous ; je vous défie de " l'affirmer " !

Prenons les statuts du collège, et nous lisons chap. III, clause IV :

" Il sera du devoir du Président de faire poursuivre tout membre du collège " négligeant de payer annuellement ses redevances au collège."

Le Président a-t-il rempli le devoir que lui impose cette clause ?

Je vous défie de l'affirmer !

Le 13 mai 1891, à l'Assemblée des gouverneurs, il fut proposé par le Dr Rinfret, appuyé par le Dr Waters et résolu :

" Que le Régistrateur soit autorisé à poursuivre les médecins retardataires quand il le jugera à propos."

Le Régistrateur s'est-il jamais prévalu de cette autorisation ? Sinon, pourquoi ?

Au mois de mai 1889, le Dr Noir, un proche parent de l'écrivain de la " Clinique," publiait ce qui suit dans la " Gazette Médicale " :

" Vous avez remarqué que cette année l'agent du collège ne s'est pas beaucoup occupé de collecter la contribution des médecins, c'est un signe des temps ;

“ cela veut dire que l'élection sera d'autant plus facile qu'un plus petit nombre de médecins auront payé leur contribution annuelle.

“ Que pensez-vous du truc ? ”

“ Ce truc a-t-il été aboli ? Comment ? quand ? et par qui ? ”

“ Ceux qui ne paient pas leur contribution annuelle, ajoutez-vous, “ perdent le droit de collecter leurs honoraires.” Si cette sanction de la loi est efficace, pourriez-vous nous dire combien de médecins, depuis cinq ans, se sont trouvés dans l'impossibilité de collecter leurs honoraires, pour cette raison ? ”

Puis, admettant que nos plaintes soient futiles, pourquoi le Bureau “ *ferait-il adopter un amendement par lequel un tribunal professionnel pourra suspendre l'opération de la licence des retardataires.* ”

Avez-vous déjà vu adopter les idées de gens qui ne savent ce qu'ils disent ?

3° Ne dites plus : *le laisser aller, le laisser faire, le laisser passer, voilà la plaie qui ronge la profession !* Ça déplaît à notre contradicteur.

Mais vous pouvez écrire comme le Dr Noir :

“ *Go as you please* : telle semble avoir été la devise favorite du Bureau ; ” ou encore répéter avec le Dr Brosseau, en pleine assemblée des gouverneurs : “ on est apathique, on ne veut pas se remuer, se donner du mal, ” et tout sera pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Lors de sa prochaine visite aux bureaux de la “ Patrie, ” le M. de la “ Clinique ” pourrait demander à M. ~~Tarte~~ une rétractation formelle du célèbre article de 1875.

Notre ami fait intervenir la France et l'Angleterre, dans le débat, pour prouver l'excellence de notre programme d'études médicales. Connu ! Certaines gens n'ont renoncé, qu'avec peine, aux cécrats de nos aïeux pour adopter la méthode antiseptique : question de ne pas causer de chagrin à Lister.

“ Le Bureau a réformé le contrôle des examens de médecine. ”

Très bien, la surveillance est sévère, mais on y échappe en passant l'examen de licence devant le Bureau, parce que : 1°. “ *On se moque*, disait le Dr Brosseau, “ à l'assemblée de juillet 1896, *de la façon dont se font ces examens,* ” 2°. “ *Cd examen n'est qu'une farce,* ” affirmait le Dr Gauthier.

Résultat : Onze candidats admis à la pratique, à une seule réunion du Bureau. *dont pas un seul sous brevet.*

4°. “ Paul prétend que le Bureau médical aurait dû adopter le mode d'élection préconisé par MM. Rottot et Fafard, supportés par *trois cents médecins.* ”

5°. “ La majorité du Bureau a eu tort de négativer la proposition destinée “ à obliger les médecins à inscrire à l'endos de leur procuration les noms des “ candidats pour qui ils veulent voter. ”

Parlez donc d'écailles dans les yeux de Paul, quand une carapace tout entière ne vous permet pas de lire ! Où trouvez-vous, dans ce que vous appelez — avec une délicatesse très caractéristique — l'éjaculation de Paul, les deux propositions ci-dessus ? Fidèle adorateur de la vérité, vous les avez simplement tirées de votre imagination pour vous permettre d'écrire une piteuse défense.

Mettez vos lunettes des grands jours et vous lirez, à la page 312 de l'Union :

“ Le vote par districts, tel que pratiqué dans Ontario par le Collège des “ Médecins, et dans Québec, par le Barreau et la Chambre des Notaires, répondra seul aux aspirations légitimes de l'immense majorité de la profession. C'est “ l'unique système rationnel, etc. ”

“ Est-ce clair ? Evidemment quand Monsieur a été admis à l'étude de la “ médecine, le programme de l'examen n'avait pas encore été déclaré supérieur à “ tout autre par le Conseil Médical d'Angleterre. ”

Pour justifier notre demande de changer le mode d'élection actuel, il faut, paraît-il, des preuves d'injustices envers les districts de la Province.

L'un des gouverneurs actuels en avait-il de ces preuves quand il arborait son programme dans la *Gazette Médicale* (mai 1889), dont le principal article était le suivant :

“ *Division de la Province en districts, ayant droit de nommer un délégué du Bureau Médical, sans intervention de la part des autres districts de la Province.* ” (Dr Noir).

Était-ce pour “ lancer en l'air des accusations, sans les appuyer de faits incontestables, ” que ce même Dr Noir écrivait en avril 1889 :

“ Il y a, vous objectez, la ressource du vote par procuration ; hélas ! Oui, oui, le vote par ficelles, je le sais, invisibles et magiques. Les médecins de la ville où se fait l'élection ont substitué leur caprice à la confiance que vos amis avaient mise en vous. Ce mode d'élection est tout ce qu'il y a d'équitable, cela saute aux yeux ; mais moi qui suis grincheux, je me dis que la *Province de Québec devrait être divisée en districts dont les médecins éliraient un délégué ou gouverneur.* ”

Nous pourrions multiplier ces citations

Les ficelles ont dû changer de mains, car, depuis qu'un Phébus quelconque éclaire les délibérations du Bureau, le vil plomb de 1889 s'est changé en l'or pur de 1897.

Cueillons une perle, en passant : “ Le Dr Rottot, dites-vous, a été porté à la Présidence “ *sans coup férir.* ” “ Sans coup férir ? ” Comment, il faut donc batailler pour l'honneur de s'asseoir dans le fauteuil présidentiel du Bureau ? Nous étions des naïfs croyant que cette dignité était décernée au plus méritant ! Cet aveu donne du corps à la rumeur, circulant dans les cercles médicaux lors de la dernière assemblée triennale, allant à dire qu'un médecin qui change d'opinions plus souvent qu'à son tour, insistait fortement pour se faire élire président ; histoire de se donner du ton et du prestige au cours d'un voyage en Europe, alors projeté et depuis réalisé..... par “ *Gros-Jean comme ci devant.* ”

6°. “ Paul veut que l'adoption de la proposition Rottot effacerait l'objection des frais législatifs. ”

Vous avez mal lu, l'ami ! et “ vous gaspillez du temps, de l'encre et du papier ” à nous donner des informations inutiles.

Nous avons dit : “ Le projet de refonte fait disparaître une grande objection à l'amendement Faïard : les frais législatifs. Pourquoi ? Parce que, vous l'admettez vous-même, l'acte médical doit être refondu, et il vous en coûtera le même prix pour faire décréter le vote par districts ou conserver religieusement le système des ficelles invisibles et magiques. Un amendement de plus ne ruinera pas le Bureau ! ”

7°. “ Paul veut que le Bureau se propose de nous imposer une dépense d'une dizaine de mille dollars pour une bibliothèque. ”

Nous prenons un homme chargé de clientèle, de responsabilités multiples, d'innombrables projets d'avenir, à jouer au “ *colin-maillard,* ” c'est autant moins édifiant que le bandeau dont il s'est couvert les yeux semble très naturellement à sa place.

Vous avez demandé \$ 500 pour la bibliothèque, à la dernière réunion du Bureau, c'est vrai ; on vous en a accordé \$ 200, c'est encore vrai ; tout le monde comprend que c'est là le premier assaut sur la caisse, c'est encore bien plus vrai !

Tenez, relisez le 4^{me} paragraphe de votre circulaire-programme de 1895 : “ 4°. Fonder une bibliothèque médicale provinciale à laquelle tous les “ *médecins licenciés auront accès ; d'où ils pourront se procurer, pour un temps limité, les auteurs de leur choix, et sans charge supplémentaire. A cette bibliothèque sera annexé un laboratoire de recherches scientifiques dont tous les médecins pourront profiter, sans charge aucune.* ”

Et vous allez fonder une bibliothèque de ce genre, l'installer, l'entretenir, la faire assurer, payer pour le local, rémunérer un bibliothécaire, défrayer les frais de transport des volumes ; d'une extrémité de la Province à l'autre, — tout cela pour \$ 500.

Ou sorcier, ou farceur, pas d'autre alternative !

Nous trouvons, de plus, qu'en 1892 un avis de motion fut donné comme suit :

“ Proposé par le Dr Marceil, secondé par le Dr Beausoleil :

“ Que tout le montant d'argent, dont le Bureau provincial peut disposer sur le capital qu'il a en main et sur les arrérages qu'il devra faire collecter instantanément, soit affecté à l'achat d'une bibliothèque de médecine, que 50 pour cent du revenu annuel net du susdit Bureau soit aussi affecté à l'augmentation et à l'entretien de la dite bibliothèque de médecine, que tout membre de la profession qui voudra avoir accès à cette bibliothèque devra payer deux dollars annuellement.”

En 1895, l'actif du Collège était de \$12,900, à l'heure actuelle, il doit dépasser \$15,000. Nieriez-vous que le Bureau ne peut disposer de \$10,000? Un obstacle s'est rencontré sur votre route : l'opinion générale demandant à être renseignée avant de se lancer dans une entreprise de cette nature. Vous entendez procéder maintenant par voie détournée, demander moins pour obtenir plus dans un avenir rapproché, mais votre but est fixé dans la motion ci-dessus et elle prouve la vérité de mon avancé.

8° Paul prétend que le Bureau n'a jamais fait publier et distribuer le bulletin de ses séances.

Nous avons présenté, dites-vous, une tresse de mensonges aux lecteurs de l'“ Union Médicale.” Votre ambition était d'en présenter une plus grosse aux lecteurs de la “ Clinique ” et vos efforts n'ont pas été stériles.

Vous êtes au défi de citer une seule ligne de notre article justifiant votre avancé mensonger!

Nous avons simplement demandé un amendement “ pour obliger les secrétaires à faire imprimer et distribuer à tous les membres du collège “ les minutes correctes des procédés de toutes les assemblées.”

Le fait, admis par vous, que le rapport des assemblées de 1896 n'est pas encore publié prouve le bien-fondé de notre demande, et prouve, de plus, que le Bureau ne respecte pas le désir de la profession, car, à l'assemblée triennale de 1892, il avait été proposé par le Dr Beausoleil, appuyé par le Dr Hart, et résolu:

“ Qu'une copie des statuts et règlements du collège M. & C., ainsi qu'un rapport de port des procédés de chaque séance du bureau soient régulièrement envoyés par les secrétaires régionaux à chacun des membres par l'entremise du registrateur.”

T'as qu'à voir! comment on s'est conformé à cette résolution!

9° Les observations de Paul sur la fameuse clause V du chap. XII, ont donné sur les nerfs du Monsieur de la “ Clinique, ” c'est évident, car, pour toute défense, il invente des mensonges qui n'ont pas même le don de la vraisemblance.

“ Depuis neuf ans, affirme-t-il, il n'y a pas un seul certificat de médecin porté au registre officiel; or, pour valoir, tel document doit recevoir la garantie du Bureau, cela va de soi.”

Voilà de la blague en bâtons!

Rien, soit dans l'art. 3987 des statuts refondus, soit dans le chap. XII des Règlements du collège, exige cet enregistrement. Vous le savez, les tribunaux s'en tiennent à la lettre de la loi et non au *cela va de soi* des MM. de la “ Clinique.” Le cas de l'accoucheuse de St. Liboire l'a prouvé aux dépens du collège.

Monsieur ajoute : “ les officiers du Bureau n'ont reçu aucune plainte à ce sujet.” Notre contradicteur a réellement un toupet proportionné à sa tresse! Si la motion du Dr Brophy, appuyée par cinq médecins, présentée à la dernière assemblée triennale, n'est pas une plainte à ce sujet, nous voudrions obtenir du Bureau une définition du mot *plainte*.

“ Cette relique du Comité d'un est restée dans la lettre de la loi en attendant que l'acte médical soit refondu ”—ajoute Monsieur!

Diantre! encore deux refontes en perspective : celle de l'“ acte médical ” et celle des règlements du collège pour les mettre en harmonie avec la nouvelle

loi. Pourquoi n'avoir pas attendu l'action de la législature avant d'entreprendre la refonte de 1893.

Mystère ! En attendant, payo pauvre Purgon, c'est là ton unique consolation !

" 10° Paul dit que : *le registre médical sert de preuve dans le procès en "recouvrement d'honoraires, etc.*

" Paul se met encore le doigt à fausse adresse."

Eh bien lisons l'art. 3990 des Stat. Ref. P. Q., paragraphes II et III.

" Ce registre est appelé : " le registre médical de Québec."

" Une copie imprimée d'icelui, certifiée sous la signature officielle du régistrateur, fait *prima facie* preuve devant tous les tribunaux, que, les personnes " y nommées et entrées ont été enregistrées selon les dispositions de la présente " section."

Où est maintenant le menteur qui fait preuve d'ignorance non pas voulue, mais d'ignorance crasse ?

Comment aimez-vous le plat épicé de la " Clinique " ?

Pour être difficile, orgueilleuse et d'excellente tenue, la voisine ne se laisse pas étouffer par les scrupules : le rôle de porte-quenouille, d'ambitieux repus lui va à merveille. Effacer les mots " Journaliste consciencieux " qui jurent dans ses colonnes la rapprocherait davantage de la perfection !

Elle termine en disant qu'elle ne laissera plus insulter les représentants de la profession médicale. C'est là une excellente résolution—elle pourrait étendre son champ d'utilité en discutant leurs actes—car il ne faut pas oublier que nous avons le droit et le devoir d'approuver et de consurer les décisions de nos mandataires.

Le Dr Noir a trop usé de cette liberté, dans ses fameuses chroniques, *écrites en collaboration*, pour nous refuser aujourd'hui ce privilège.

Si la " Clinique " veut discuter, nous discuterons ; si elle veut la bataille, elle l'aura, mais qu'elle nous rende, une autre fois, la tâche un peu moins facile, en ne lançant pas ses pavés à la tête de ceux dont elle assume la défense.

DR PAUL.

22 Juin 1897.

LE DROIT LE DISCUSSION

" Le rôle de dénigrement, assumé par " l'Union Médicale," n'a pas sa raison d'être."

Telle est la sentence dogmatique placée à la fin de l'article grossièrement écrit du *Monsieur* de la Clinique. Et l'on aurait d'autant plus raison de le croire que c'est lui qui le dit.

Nous nous permettons cependant de différer d'opinion. Pour que la profession médicale soit satisfaite, il ne suffit pas que nos bons gouverneurs se placent devant leur miroir, et s'écrivent des articles de quatre pages avec la conclusion : " Messieurs du Bureau Médical, allez votre chemin, la profession est avec vous ! " Le temps est passé où l'on juge de la valeur d'un homme par les compliments qu'il s'adresse..... ou se fait faire. Ce sont les actes, ce sont les faits qui font juger un homme, et non plus les paroles. Finie la poudre aux yeux !

" L'Union Médicale " a publié des articles n'approuvant pas tout ce que fait le Bureau des Gouverneurs. Pourquoi veut-on que cela soit du dénigrement ? Nous avons écrit : chaque district de la Province devrait élire ses gouverneurs. Nous n'avons pas même le mérite d'être les premiers à le dire ; relisez les chroniques de la " Gazette Médicale." Nous avons affirmé que le mode d'élection actuel donne le contrôle absolu du vote aux intéressés. Ceci est surabondamment prouvé ; inutile d'y revenir.

Qu'avons-nous dit encore ? Que les fonds du Bureaux sont mal administrés ; nous le prétendons de nouveau. Comment ne nous a-t-on pas expliqué pour-

quoi, au printemps de 1896, le Président a soigneusement gardé dans sa poche le rapport des auditeurs! Pourquoi, chaque année, fait-on invariablement payer la redevance annuelle à certains médecins, et oublie-t-on aussi invariablement de collecter les autres? Et combien d'autres questions que l'on pourrait poser.

Que le Bureau ne remplisse pas quelques-uns de ses devoirs les plus simples, tels que la publication du compte-rendu de ses séances, (où sont celles de 1896?) l'établissement d'un registre exact et à date de la profession (voyez celui que vous avez entre les mains).

Que le Bureau ne nous protège pas contre les charlatans, que l'obligation qu'il nous impose de faire la preuve en cas de poursuite est odieuse, etc..... Si cela est faux, pourquoi tous ces Racicot, Tucker, Munyon et Cie? Pourquoi l'envahissement de notre province, chaque année, par des charlatans américains? Pourquoi cette clause incroyable permettant à un médecin de diplômer et licencier à la fois une accoucheuse? Pourquoi des hommes comme Mirault, s'associant un médecin pour se mettre à l'abri? Qua-t-on répondu à cela? Que c'est la faute du lieutenant-gouverneur, des députés, de l'Université McGill, de celui-ci, de celui-là, de tout le monde, mais pas des gouverneurs!

Qu'avons-nous besoin de bibliothèque et de tribunal d'honneur, en face de pareilles lacunes? Si l'on commençait par le commencement?

C'est parce que nous disons tout cela que le *Monsieur* de la *Clinique* nous accuse d'insulter les gouverneurs, comme si nous, les mandataires, nous n'avions pas le droit de discuter les actes de nos représentants salariés? Eh! si ces Messieurs ne tenaient pas dans leurs mains les ficelles électorales, peut-être le prendraient-ils de moins haut. Car, c'est là le principal argument dont on use pour réfuter nos articles; ou nous insulte! Ce n'est pas une réfutation.

Parmi les arguments secondaires dont se sert l'auteur de l'article grossier de la *Clinique*, il y en a un qui donne une idée de la valeur des autres. Nous avons, dit l'auteur, rehaussé le programme des études médicales et perfectionné le contrôle des examens universitaires. Supposons que le fait soit exact. Alors pourquoi le Bureau des Gouverneurs accorde-t-il, après cinq minutes d'examen, la licence à des gens qui n'ont ni brevet, ni diplôme? A quoi sert un beau programme, si l'on peut se dispenser de le suivre?

Autre argument dont s'est servi le *Monsieur* de la *Clinique* dans la *Patrie*. *L'Union Médicale* est appuyée par trois cents médecins; il en reste douze cents pour nous soutenir. Pardon: vous avez fait vos dernières élections avec deux cent trente-deux (232) procurations, pas une de plus. Il est bon de le dire en passant.

Nous ne voulons pas discuter plus longtemps l'article du *Monsieur* de la *Clinique*; notre ami et collaborateur, le Dr Paul, comme cela lui revenait de droit, s'en est chargé. Mais nous prétendons, comme organe d'un corps professionnel organisé, avoir droit de discussion, droit que personne ne peut nous enlever, et dont nous continuerons à nous servir au meilleur de notre connaissance. Si l'on croit que nous avons tort, qu'on nous le prouve. Mais il est inutile d'essayer à nous intimider par des injures, ou en comptant un, deux, trois jusqu'à dix. Nous ne sommes pas de ceux qui ont peur.

MOURE.—De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes, par le Dr E. J.

MOURE. Octavo-65 pages, Feret et fils, éditeurs, Bordeaux.