

PAGES

MANQUANTES

Travaux originaux

DES TUMEURS BENIGNES DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE.—LIPOME PROFOND (1)

Par le Docteur ARTHUR SIMARD

Professeur de pathologie externe
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le malade que vous venez d'examiner va nous fournir l'occasion d'étudier ensemble, la question intéressante et de pratique journalière du diagnostic des tumeurs dites bénignes de la région sus-hyoïdienne.

J. G., cultivateur âgé de 29 ans, n'offre rien d'intéressant dans ses antécédants héréditaires et personnels. Il a toujours joui d'une florissante santé et à l'heure actuelle, à part l'existence d'une tumeur située à la partie supérieure et latérale gauche au cou, l'examen des différents organes ne dénote rien d'anormal. Le tumeur aurait débuté insidieusement il y a près de deux ans. A cette époque elle pouvait avoir la grosseur d'une petite noisette. Depuis, elle a graduellement augmenté de volume sans douleur, ne causant qu'un peu de gêne et aujourd'hui elle a acquis les dimensions d'un œuf de poule.

Il faut retenir dès maintenant, car nous en aurons besoin tout à l'heure, la progression lente, graduelle, sans poussées inflammatoires de cette tumeur et son indolence constante. Elle n'est gênante que par son volume et sa situation.

L'examen direct donne le résultat suivant : A la partie

(1) Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, décembre 1907.

supérieure latérale gauche du cou, existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, plutôt aplatie qu'ovoïde, à grand axe à peu près parallèle au bord du maxillaire inférieur. La tumeur n'est située ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire sous cutané. Elle est manifestement bridée par l'aponévrose cervicale superficielle et se prolonge en arrière au-dessous du bord du sternomastoïdien. Elle est mobile dans tous les sens sur une certaine étendue et l'examen le plus attentif ne permet pas de déceler des adhérences avec les organes voisins. Maintenant les tissus qui la recouvrent ont leurs caractères normaux. La peau a conservé sa coloration : elle ne présente aucune adhérence avec la tumeur, pas plus que le tissu cellulaire souscutané.

A la palpation, elle présente une consistance molle, semble fluctuante ; elle n'est pas réductible par la pression : les efforts de toux n'ont aucune influence sur elle, elle n'est animée ni de mouvements d'expansion, ni de battements.

Je vous ai dit en commençant qu'elle avait toujours été indolente et aujourd'hui elle n'est le siège d'aucune douleur soit spontanément, soit à la pression.

A quelle variété de néoplasme avons-nous affaire ?

Nous pouvons sans crainte d'abord éliminer tous les néoplasmes de consistance solide puisque la tumeur présente une consistance molle, voire même de la fluctuation, ce qui ici est un point délicat à trancher.

En supposant, avec assez de raison, que le contenu de cette tumeur soit liquide, nous devons nous demander quelle en est la nature, si c'est du sang, du pus ou de la sérosité.

Je crois que nous pouvons hardiment affirmer que ce n'est pas du sang. Cette tumeur siège bien à un endroit où existent de grosses branches artérielles et veineuses mais comme elle n'est animée d'aucuns battements, qu'elle est privée de mouvements

expansifs, qu'elle ne présente pas de réductibilité, elle ne peut pas être en communication avec le système circulatoire artériel ou veineux.

On peut aussi vraisemblablement admettre qu'elle ne contient pas davantage du pus. En effet, avec la supposition d'un contenu purulent, il faudrait songer, à cause de la marche lente, graduelle, chronique, et l'absence de tout symptôme inflammatoire, à un abcès froid ossifluent ou d'origine ganglionnaire, voire même à une fonte insidieuse d'adénite chronique simple. Or, un abcès ossifluent suppose une tuberculose ossense antérieure comme point de départ. Nous avons beau palper, explorer les apophyses transverses de la colonne cervicale, l'os hyoïde, l'apophyse mastoïde, il n'existe rien qui puisse faire soupçonner l'existence d'une tuberculose ; aucun gonflement, aucun point douloureux, aucun changement de forme. La tumeur d'ailleurs n'adhère nulle part avec les organes voisins. L'hypothèse d'un abcès ossifluent doit donc être abandonnée. Il faut écarter de même l'idée d'une tuberculose ganglionnaire, malgré le siège de la tumeur, celui de prédilection de la tuberculose développée dans les ganglions. Mais la tuberculose mono-ganglionnaire est relativement rare. D'habitude toute ou une partie de la chaîne lymphatique est prise et à côté de ganglions grossis, durs ou ramollis, il en existe d'autres, plus petits mais manifestement atteints par l'infection tuberculeuse. Et puis il est exceptionnel qu'un abcès tuberculeux ganglionnaire se soit installé sans un certain degré d'inflammation chronique, sans un peu de périadénite qui fait adhérer les ganglions entre eux et aux organes voisins. Ici, nous avons une tumeur dont l'évolution a été sans histoire ; elle a augmenté tout simplement, jamais son odyssée n'a été traversée de poussées aiguës ou subaiguës, elle n'a contracté aucune adhérence avec les tissus voisins, elle est absolu-

ment indolente, aucun ganglion malade n'existe dans le voisinage, par conséquent il ne peut être question d'abcès ganglionnaire.

L'adénite chronique simple ne mérite pas de nous arrêter longtemps. D'abord elle est très rare : son existence est même mise en doute par un bon nombre de cliniciens, cependant, Ricard, Clado et Nélaton ont présenté quelques observations d'adénites chroniques simples consécutives soit à une carie dentaire profonde, soit à une angine à répétition. Notre malade n'a jamais souffert ni de carie, ni d'angine. Et puis, une adénite chronique simple ne marche pas vers le ramollissement, vers la suppuration, sans un certain degré de réaction locale, sans un peu de péri-adénite occasionnant une légère induration dans l'atmosphère celluleuse ambiante. Bref, ce n'est pas non plus une adénite chronique simple.

Certes, il peut s'agir d'un kyste à contenu séreux, et toujours avec la supposition d'une tumeur liquide, nous devons passer en revue les différents kystes que l'on peut trouver dans cette région : les kystes congénitaux dermoïdes et mucoïdes, les kystes thyroïdiens et enfin, les kystes séreux congénitaux ou lymphangiomes.

Vous savez qu'il se développe des kystes aux dépens des fentes branchiales et qui sont nommés pour cette raison, kystes branchiaux. Leur siège est dans la région sterno mastoïdienne comme la tumeur que nous étudions actuellement, mais ils présentent cette particularité bien spéciale d'adhérer par un prolongement plus ou moins long, plus ou moins large soit au pharynx, soit à l'os hyoïde.

Il résulte de cette adhérence que les mouvements de déglutition impriment au kyste une mobilité manifeste, un certain degré d'ascension.

La tumeur de notre malade n'est nullement influencée par les mouvements de déglutition, elle ne présente pas d'attache à l'os hyoïde, et de plus—ce qui est un caractère important—si elle s'enfonce sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, elle y est parfaitement délimitable, bref, elle ne va pas se perdre par un prolongement sous le maxillaire pour aller adhérer au pharynx. Il nous faut donc rejeter le diagnostic de kyste branchial.

Certains kystes thyroïdiens d'ailleurs rares prennent naissance dans une petite glande thyroïde aberrante et dès lors peuvent siéger bien près de l'endroit où est située notre tumeur.

Ce qui rend le diagnostic quelque peu difficile, c'est que ces kystes ne sont pas influencés par les mouvements du canal laryngo-trachéal, comme le sont les kystes goitreux. Cependant le kyste aberrant est rarement uniloculaire ; il est bosselé, à contours irréguliers, ne présente pas une fluctuation franche et, particularité importante à retenir, le corps thyroïde est d'habitude altéré dans sa forme et sa consistance.

Chez notre malade, nous ne trouvons pas de bosselures ni d'irrégularités, sur la surface de la tumeur, de plus le corps thyroïde est normal. Je crois que nous pouvons sans crainte passer outre et rechercher si par hasard nous ne serions pas en présence d'un kyste séreux congénital ou lymphangiome kystique.

Ces kystes séreux congénitaux sont encore appelés lymphangiomes parce qu'ils se développent au dépens des vaisseaux lymphatiques. L'idée de la congénitalité de la tumeur semble suffisante pour écarter encore ce diagnostic, car la tumeur à l'étude n'est apparue que depuis peu chez un adulte de 29 ans. Mais il faut savoir qu'il en est souvent ainsi : et si d'habitude ces kystes apparaissent dans les premières années de la vie, voire

même au moment de la naissance, on en observe qui, méconnues pendant de longues années parceque petits et latents, ont fait leur apparition sur le tard peut-être à l'occasion d'un traumatisme ou pour d'autres causes encore mal déterminées.

La plupart de ceux que nous avons pu examiner et dans la suite opérer ne paraissent dater que depuis peu d'années.

Il n'est donc pas surprenant que nous pourrions avoir affaire à un kyste congénital longtemps silencieux, et depuis deux ans en voie d'accroissement. Quels sont les signes qui chez notre malade plaident en faveur d'un kyste congénital? D'abord son siège, en avant et au-dessous du sternomastoïdien, endroit où se rencontrent très souvent les lymphangiomes; l'indolence, la délimitation parfaite de la tumeur, son défaut d'adhérences, sa consistance molle sensiblement la même partout, son accroissement lent, voilà les signes qui réunis en faisceau donnent un certain crédit au diagnostic. Il n'y manque que la fluctuation réelle sans conteste possible. Nous percevons bien chez notre malade un déplacement dans la tumeur, mais ce n'est pas la sensation nette indiscutable que donne un liquide comprimé dans une poche à parois minces; or, les kystes congénitaux ont d'habitude une paroi très mince et la fluctuation est facilement perçue. Si le contenu de cette tumeur n'était pas liquide il faudrait abandonner ce dernier diagnostic n'est-il pas vrai? Il y a certes un moyen de trancher la question, c'est de faire une ponction avec une seringue de Pravaz. Mais auparavant demandons nous, si par hasard, il n'existe pas dans cette région une variété de tumeur bénigne qui par sa forme, sa consistance, son évolution peut en imposer pour une tumeur à contenu liquide et en particulier pour un lymphangiome.

On rencontre, en effet, dans la partie latérale du cou, une tumeur d'une rareté extrême, puisque seulement 18 observa-

tions ont été jusqu'ici publiées et c'est le lipome profond, sous-aponévrotique.

Il faut que vous sachiez que l'on rencontre au cou comme partout où il existe du tissu cellulo-graisseux des lipomes circonscrits ou diffus. Ces lipomes sont ou sous-cutanés, variété banale, ou profonds, c'est-à-dire, sous-aponévrotiques, au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle. Il ne peut être question ici de la première variété, la tumeur que nous étudions est sous-aponévrotique.

Mais ce peut être un lipome profond et c'est ce qu'il s'agit d'élucider.

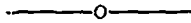
Des quelques observations publiées, il ressort que le lipome profond du cou souvent congénital, et de préférence rencontré chez les enfants peut néanmoins se développer dans l'âge adulte. C'est une tumeur encapsulée qui s'insinue entre les muscles, les vaisseaux et les nerfs, et si on en croit Langenbeck, il serait en rapport intime avec la paroi d'un gros vaisseau. En raison de sa situation profonde il peut être aisément confondu avec un abcès, un kyste et même un anévrisme caverneux profondément situé. Sommes-nous en présence d'un lipome profond? Je vous avouerai que je le crois malgré que l'on ne doive pas en clinique s'arrêter sur des raretés. Et les raisons qui me font pencher sur ce diagnostic de préférence au kyste congénital, c'est la consistance de la tumeur, plutôt molasse que fluctuante, certaines petites irrégularités que l'on perçoit en palpant attentivement et délicatement et le fait qu'il manque pour asseoir le diagnostic de kyste, le défaut de minceur de la paroi, l'absence d'une fluctuation franche.

Il serait facile de trancher immédiatement la difficulté, car de... moyens sont à notre disposition : d'abord la recherche de la transparence et la ponction.

La recherche de la transparence ne donnerait peut-être pas ici de résultats bien sérieux vu la petitesse de la tumeur, mais quand la tumeur est assez développée vous concevez tout le bénéfice que l'on peut tirer de ce moyen d'investigation. L'autre, la ponction, est toujours de mise et suffirait pour décider sans appel. Je vous conseille d'y avoir toujours recours dans le doute.

Nous ne ferons pas de ponction pour l'excellente raison que l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire l'ablation qui est le traitement de choix du kyste comme du lipome va être immédiatement pratiquée devant nous par l'assistant du service, le Dr Albert Paquet, et toute incertitude va cesser.

N. B. L'opération a donné comme résultat ; lipome profond, encapsulé, contenant du tissu adipeux très molasse qui pouvait en imposer pour du liquide.



UN CAS DE RETRÉCISSEMENT MITRAL

OBSERVATION

Permettez-moi de vous entretenir, dans ce court travail, d'une maladie classique, du rétrécissement mitral compliqué d'hyperchlorhydrie. Si classique que soit cette maladie, elle donne cependant lieu à des considérations pathogéniques qui, je l'espère, vous intéresseront.

Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, exerçant le métier de domestique. Elle entre à l'hôpital pour des douleurs stomacales accompagnées de vomissements.

L'année dernière, au mois d'octobre, elle présenta les mêmes symptômes qu'actuellement. Elle éprouva à cette époque de vives douleurs dans la région épigastrique. Ces douleurs survenaient sans cause apparente et l'ingestion des aliments ne les provoquaient pas d'une façon particulière.

Le malade compare ses sensations douloureuses à une constriction pénible, à des crampes d'estomac.

Des irradiations se faisaient dans tout l'hypochondre gauche, dans tout le côté gauche du thorax et même parfois jusque dans le bras gauche.

En même temps apparurent les vomissements qui, à l'inverse des douleurs, étaient nettement provoqués par des crampes et se produisaient une heure après le repas. La malade spécifie bien elle-même qu'elle n'eut que des vomissements alimentaires jamais de vomissements bilieux et jamais d'hématémèses. Ces vomissements se répétaient cinq ou six fois par jour, à chaque prise de lait. Ils laissaient après eux une vive sensation de brûlure dans tout l'œsophage et au pharynx.

Après avoir essayé pendant 2 mois de se soigner chez elle, la malade entra à la « Charité » dans le service de M. Labadie-Lagrave. On la met au lait et à la glace. Au bout de huit jours une notable amélioration s'était produite et cinq semaines après son entrée, elle quittait l'hôpital entièrement rétablie.

Elle reprit son travail et tout allait bien quand il y a quinze jours, les mêmes symptômes reparurent : douleurs, crampes d'estomac, vomissements répétés 5 ou 6 fois par jour avec pyrosis et anorexie absolue.

Elle patiente encore pendant quelques jours et se décide enfin à entrer à l'Hôtel Dieu où nous la voyons le 28 décembre pour la première fois.

C'est une femme qui paraît bien portante, elle n'est nullement amaigrie, le facies est bon.

A la palpation, la région épigastrique est légèrement douloureuse, la pression y dénote un peu de tympanisme. Notons un peu de dilatation de l'estomac dont la paroi a perdu sa tonicité

La langue est un peu saburrale, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Il n'y a pas d'élévation de la température.

En somme on peut conclure avec tous ces commémoratifs et par l'examen clinique de cette malade qu'elle est atteinte de gastralgie par dyspepsie hyperchlorhydrique.

Mais à l'exploration méthodique de tous ses organes, on découvre du côté du cœur des symptômes objectifs qui n'ont donné lieu à aucune manifestation subjective.

En appliquant la main sur la région précordiale et surtout vers la pointe, on se rend tout d'abord compte que la pointe bat bien dans le cinquième espace intercostal gauche, mais la main perçoit en même temps, en outre de l'impulsion normale, une sensation spéciale de frémissement.

On voit que la pointe du cœur ne se détache que lentement de la paroi, restant plus longtemps en contact avec elle, étant comme engluée.

A l'auscultation, on entend un roulement diastolique, puis à mesure que l'on approche de la phase présystolique, ce roulement devient moins rude, s'adoucit et dégénère en un souffle doux, de courte durée. Enfin le deuxième temps est nettement dédoublé. Ces deux bruits sont rudes, claquants, bien séparés l'un de l'autre.

En résumé, frémissement, roulement diastolique puis souffle, enfin dédoublement du deuxième temps, c'est l'onomatop-

née clinique de Duroziez, symptomatique d'un rétrécissement.

Le souffle est bien présystolique et nullement systolique. Ce rétrécissement ne se complique pas d'insuffisance, c'est un rétrécissement mitral pur. Nous sommes donc en présence d'un cas de maladie de Duroziez.

Ce qui peut prêter à discussion chez cette malade, c'est l'existence d'un roulement diastolique qui commence peut-être un peu tard après le deuxième temps et se confond avec le souffle présystolique.

Nous voyons cependant qu'il y a et roulement diastolique et souffle présystolique se succédant sans intervalle. La systole auriculaire change le timbre du roulement et lui substitue un souffle.

Quant au pouls, il est faible, régulier et se traduit au sphygmographe par une ascension courte et brusque avec une descente longue et progressive.

Quoiqu'il en soit, deux questions se présentent :

1° Quelle est l'origine de la lésion cardiaque ?

2° Quel rapport peut-elle avoir avec les symptômes digestifs ?

Pour trancher la première question, nous avons interrogé les antécédants de notre malade. Jamais elle ne fut malade avant le mois d'octobre de l'année dernière, époque à laquelle elle entra à la « Charité » pour ses douleurs d'estomac. Elle se souvient qu'à cette époque M. Labadie-Lagrave parla devant elle de rétrécissement, « ce sont ses propres termes », et fit ausculter son cœur aux élèves. La lésion existait donc déjà.

Disons enfin qu'elle n'eut jamais la scarlatine ni la chorée.

Elle dit, il y a 6 ans, avoir eu une petite crise de rhumatisme articulaire qui ne dura que 8 jours.

Quant à ses antécédants héréditaires, ils sont aussi muets. Son père est mort d'une pneumonie, sa mère mourut des suites

de couches. Son frère et ses sœurs sont très bien portants, chez aucun on ne trouve de symptômes de bacillose.

A ce point de vue, elle-même ne présente aucune lésion pulmonaire en dépit de la teinte de ses cheveux qui pourrait attirer l'attention.

L'origine du rétrécissement mitral est difficile à retrouver. Il ne semble pas qu'on soit en droit chez elle d'invoquer une endocardite bacillaire, intra-utérine ou de la première enfance, l'apparition clinique ne semble s'être manifestée ni à la puberté ni à l'occasion d'un accouchement.

La malade a une petite fille, mais aucun symptôme subjectif n'est apparu après l'accouchement.

Peut-être faut-il invoquer ici une dystrophie originelle ? et peut-être sommes-nous en présence d'un cas de vanisme mitral ? Ou bien peut-on invoquer plus simplement la poussée rhumatismale ancienne ?

Quant aux rapports qui peuvent exister entre la lésion cardiaque et les symptômes digestifs, nous ne les croyons pas très établis. C'est une malade dyspeptique hyperchlorhydrique qui se double d'une affection cardiaque sans qu'il soit possible d'établir un lien pathogénique.

A. EDGE

EMPOISONNEMENT PAR LE SUBLIMÉ

Il y a quelque temps nous étions appelé par notre confrère Drouin (Alfred) auprès d'une homme de 28 ans qui venait d'ingérer du bichlorure de mercure. Ce malade avait la veille présenté

des signes de folie et à la suite d'excès alcooliques avait tenté de s'ôter la vie. A notre arrivée (11.30 h. p. m.) nous trouvons un malade très agité dans un état d'ébriété manifeste, ayant absorbé 50 à 60 grammes de mercure, en proie à des douleurs abdominales très violentes. Il supplie qu'on le soulage ou qu'on le fasse mourir au plus tôt. Il a déjà reçu une injection d'apomorphine et de strychnine. Nous lui proposons le lavage d'estomac, traitement qu'il refuse carrément de même que toute autre médication quelle qu'elle soit ; pourtant il prie encore à genoux qu'on diminue ses souffrances : inconséquences d'un cerveau mal équilibré, surexcité par l'alcool.

Les exhortations du prêtre finissent par vaincre son obstination et c'est une heure et demie après l'ingestion de la substance toxique que nous commençons le lavage d'estomac. Le tube Faucher ramène à l'extérieur un liquide brun-noir ayant une forte odeur d'alcool et tenant en suspension des morceaux d'aliments facilement reconnaissables à l'œil. Nous versons alors dans l'estomac de l'eau froide dans le triple but de laver, de décongestionner et d'entraver si possible l'absorption gastrique ; l'eau revient rougie par le sang. Notre intervention deviendrait-elle intempestive?... Nous continuons quand même jusqu'à ce que la sonde nous ramène l'eau claire. A ce moment le pouls faiblit, devient rapide et irrégulier, le malade se refroidit, nous croyons la tragédie complète. Une injection de digitaline (0,002) et de caféine (0,03) est alors donnée. Le malade assez calme consent à se mettre au lit ; nous lui faisons boire, 50 grammes de lait additionné de 3 à 4 grammes de bicarbonate de soude et de 0.01 gr. de cocaïne. Il entre alors dans une sorte de torpeur fausse ou vraie de laquelle il ne sort que pour invectiver les médecins qui l'assistent.

Vers 3.30 h. a. m. Il se produit une véritable débacle urinaire en deux reprises espacées d'une dizaine de minutes, le malade passe 1200 à 1500 grammes d'urines claires analogues aux urines

nerveuses qui suivent certaines crises hystériques ou autres. Elles ne contiennent ni albumine, ni mercure.

Vers la même heure les dents deviennent sensibles, les gencives sont douloureuses sans toutefois présenter de tuméfaction, nous prescrivons les gargarismes au chlorate de potasse. A 4 h. le calme semble complètement rétabli, le malade repose.

8 h. a. m., Emission d'urines normales.

10 h. a. m., Nouvelle émission présentant de légères traces d'albumine et une réaction douteuse à l'iodure de potassium.

L'état général est assez bon, le cœur est un peu mou et ne bat que 40 pulsations à la minute, la température est normale, on donne une injection de digitale.

11 h. p. m., Notre malade a une garde-robe demi solide qui, nous avons lieu de le croire, contenait du sang. Le cœur est à 55, la respiration normale.

7 h. p. m. Nouvelle émission d'urines qui laissent déposer un précipité-floconneux considérable. La teinte rouge caractéristique de la présence de mercure par l'iodure de potassium est très nette ; on l'accentue davantage par l'addition d'une goutte d'eau oxygénée dans le but de favoriser la réaction. Ces urines filtrées donnent par la chaleur un précipité (phosphates) qui se dissout facilement par l'acide acétique. L'examen microscopique du dépôt ne révélant pas la présence de leucocytes, nous nous sommes cru en droit de conclure à une précipitation de l'albumine par le mercure et la synthèse nous a prouvé que nous avions raison.

10 h. p. m. L'état général est très bon, le malade semble en parfaite santé, la respiration et la circulation sont normales. Vingt-quatre heures se sont écoulées depuis le début de l'accident, notre malade a pris près d'un litre de lait sans éprouver aucune douleur gastrique, ou s'il en éprouve, elle est si minime que l'addition d'un peu d'eau de Vichy au lait suffit à la calmer.

Le malade dort bien jusqu'à 3 h. a. m. alors que pris d'un vio-

lent point de côté, il fait venir notre confrère qui lui administre par la voie hypodermique 0 g 005 de morphine.

10 h. a. m.— Le malade accuse encore sa douleur dans le côté. L'auscultation révèle à ce niveau des râles crépitants ; contre sa douleur il refuse tout traitement. Nous n'avons pas voulu répéter l'injection de morphine.

5 h. a. m.— Nous voyons le malade avec le Dr Rousseau. L'appareil gastro-intestinal ne présente rien de particulier. Il s'est formé un liséré gingival contre lequel on prescrit une hygiène irréprochable et les attouchements à la résorcine glycériinée (1/20). Le pouls est à 60, la température est normale et la crépitation complètement disparue.

Notre malade se défend évidemment bien contre l'intoxication. L'absence du syndrome digestif, l'abondance des urines, l'état satisfaisant du pouls et de la respiration, enfin l'état général nous font porter un pronostic favorable.

Les urines contiennent toutefois beaucoup de mercure et une quantité d'albumine assez notable.

A partir de ce moment nous avons perdu ce malade de vue et nous devons à la bienveillance de notre ami Drouin les quelques renseignements suivants :

Mardi, rien de particulier.

Mercredi, le malade a présenté du strabisme externe intermittent du côté gauche. Cette parésie a duré toute la journée de jeudi et vendredi.

Le cœur est toujours lent, mais bon, les urines contiennent toujours du mercure et de l'albumine.

Samedi, le pouls est monté à 70 et s'y maintient, le dimanche, jour où le malade se lève tout à fait rétabli: les urines en effet ne contiennent que des traces d'albumine et de mercure.

Ce cas est intéressant et nous avons tenu à le relater ici. Intéressant, il l'est sur plusieurs points. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence de vomissements qui accompagnent presque toujours

l'ingestion d'une quantité aussi grande de sublimé (3 à 4 grammes).

Ce malade se trouvait en plus dans les circonstances les plus favorables pour faciliter l'absorption du mercure par l'estomac et son passage dans l'intestin. La sonde a en effet retiré 350 à 400 grammes de bouillie alimentaire mélangée à de l'alcool. L'estomac était donc en pleine digestion et l'alcool présentait au poison un véhicule de premier ordre. L'absorption a, du reste, été assez grande, les urines l'attestent, pourtant les symptômes généraux ont été peu marqués. Les ulcérations de la muqueuse gastrique ont été bien silencieuses dans les jours qui ont suivi l'accident.

L'intestin n'a présenté aucune réaction ; notre malade constipé-habituel (nous avons oublié de le noter plus haut) a dû faire usage de laxatifs. La première garde-robe contenait du sang, mais ce sang venu sans doute de l'estomac n'a pas reparu les jours suivants. L'intestin a probablement été protégé par un spasme pylorique qui s'est opposé au passage de la substance toxique.

Si maintenant l'on compare cette observation avec celle que nous avons notée pendant notre séjour à la Maternité (de Québec), observation d'une fille de 22 ans, ayant présenté le tableau hydrargyrique complet avec terminaison fatale à la suite d'une douche intra-utérine de bichlorure à 1/1500, si donc, l'on compare ces deux observations, l'on est frappé de la susceptibilité et de la réceptivité particulières des différents sujets. Cette jeune fille qui n'avait, pendant sa grossesse, présenté aucune manifestation rénale est morte avec une anurie complète, tandis que notre malade d'aujourd'hui, alcoolique de premier ordre, avec, par suite des reins qui doivent laisser à désirer, élimine des doses massives de la même substance. Idiosyncrasie, dira-t-on, ... ce mot, pourtant ne nous satisfait qu'à demi.

Dans un moment où partout l'on se ligue contre l'alcoolisme, nous ne saurions terminer ces quelques considérations sans attirer l'attention sur le fait que cette tentative d'empoisonnement suicide vient grossir la statistique déjà trop sombre des méfaits de l'alcool.

J. O. LECLERC.

Analyses

Polano. *Un nouveau procédé de traitement de la dysménorrhée.* (*Münchener medizinische Wochenschrift.*)

Des maladies qui entrent dans le cadre de la petite gynécologie, la dysménorrhée est certainement une des plus fréquentes, comme elle est d'ailleurs aussi celle contre laquelle les traitements ont le moins de prise. Elle est longue la liste des remèdes et des modes de traitements préconisés. Aussi, est-ce le cas de dire que lorsqu'il il y a beaucoup de traitements recommandés, pas un n'est parfait.

Il est hors de tout doute que la difficulté que nous éprouvons à soulager ces malades, provient exactement de la presque impossibilité de saisir parfaitement les causes si variées qui peuvent produire cette menstruation douloureuse.

Nous admettrons généralement quatre variétés de dysménorrhée ; une qui serait due à une obstruction mécanique ; celle qui dépendrait d'une inflammation de l'endomètre ; une troisième réflexe sous la dépendance de l'ovaire, ou d'une cause extragénitale, corps genouillés, yeux ; enfin, une dernière que nous considérons comme une manifestation hystérique, faute de pouvoir la mieux qualifier. Partant de l'antagonisme fonctionnel qui existe entre l'ovaire et la glande mammaire, et dont l'aménorrhée de l'allaitement est une preuve entre bien d'autres, Polano de Würzburg a eu l'idée d'appliquer l'hyperhémie artificielle des mamelles au traitement des deux dernières formes énumérées plus haut de dysménorrhée. Comme ce traitement n'offre aucun danger, il semble se recommander dans les cas où les mesures habituelles ont été prises sans succès.

Pour cela, quelques jours avant la période cataméniale, on applique sur chacun des deux seins une des ventouses de Klapp employées déjà pour combattre les mastites par la stase veineuse.

On a soin de vaseliner le bord de la ventouse pour obtenir une occlusion plus parfaite, puis on fait graduellement le vide jusqu'à ce que la mamelle devienne turgescente et que la malade éprouve à ce niveau une forte sensation de tiraillement qui ne doit cependant pas aller jusqu'à la douleur.

L'application se fait en deux temps d'une durée de quinze minutes environ chacun, et séparés par un court intervalle, on peut cependant réduire la durée totale de la séance à un quart d'heure. L'hyperhémie ne disparaît pas immédiatement lorsqu'on l'enlève; elle persiste plusieurs heures pendant lesquelles la mamelle est plus pleine et plus volumineuse qu'à l'état normal. De même lorsque le traitement s'est prolongé un certain nombre de jours, les seins restent ensuite tragéscents pendant un ou plusieurs jours. On fait chaque jour une séance et cela au maximum jusqu'à la fin de la période cataméniale.

Sous l'influence de ce traitement, on voit dans nombre de cas un retard notable se produire dans l'apparition des règles: il peut aller à 8 ou 10 jours. D'autre part, l'écoulement de sang est fréquemment beaucoup moins considérable qu'auparavant, ce qui constitue un avantage sérieux, en cas de ménorrhagie.

Polano a expérimenté le traitement que nous venons de décrire sur un grand nombre de femmes et de jeunes filles depuis un an. Dans beaucoup de cas, il y eut absence complète de douleurs pendant toute la durée des règles, et dans les autres cas, une atténuation plus ou moins appréciable des phénomènes douloureux.

Lorsqu'après avoir pratiqué systématiquement la méthode

pendant un certain temps on vient à l'interrompre, la dysménorrhée peut réapparaître, mais elle est souvent beaucoup plus légère qu'auparavant, de sorte qu'il peut suffire d'une seule application pour faire disparaître complètement la douleur.

Sa méthode est aussi applicable dans les cas où il y a insuffisance fonctionnelle pendant la lactation. Quelques applications des ventouses de Klapp ont quelquefois suffi à rétablir d'une manière surprenante la sécrétion lactée, qui était sur le point de tarir.

P. A. GASTONGUAY

Funck-Brentano. Diagnostic de l'âge de la grossesse.
(*La Clinique.*)

Ce diagnostic ne peut jamais être qu'approximatif. La grossesse se termine le plus souvent du 270ème au 286ème jour. La date des dernières règles, celle de la perception des premiers mouvements actifs du fœtus, sont des renseignements utiles à connaître, mais très infidèles. C'est le volume de l'utérus qui permet les appréciations les moins fausses. C'est en partant du bord supérieur de la symphise pubienne qu'il faut rechercher et mesurer à l'aide d'un ruban métrique, après avoir redressé l'utérus s'il y a lieu, sur la ligne médiane, la hauteur utérine. Voici des chiffres moyens pouvant servir de base. A trois mois 9 centimètres, à quatre, 15 centimètres, à cinq 20 centimètres, à six, 24 centimètres, à sept, 27 centimètres, à huit, 30 centimètres, à neuf, 34 centimètres.

P. A. GASTONGUAY.

Triboulet. De l'emploi raisonné des solutions métalliques colloïdales. (*Province médicale.*)

Il ne faut plus hésiter devant la médication nouvelle, et pour faire entrer dans la pratique courante l'usage des solutions

métalliques colloïdales, il faut lever les derniers doutes sur la valeur comparée des préparations extemporanées considérées comme instables, et des préparations électrochimiques, qui se réclament de leur isotonie et de leur stabilité. Ces deux préparations sont excellentes et donnent de beaux résultats.

Appliqué souvent trop tôt (période de spécificité des fièvres éruptives, fièvres typhoïdes) ou trop tard, dans les cas désespérés à l'agonie, l'argent colloïdal a subi des échecs qu'on oppose trop aisément aux succès éciatants signalés d'autre part.

Si l'on n'a pas posé les indications thérapeutiques précises, ce n'est pas le médicament qu'il faut accuser, mais bien la thérapeutique. On ne jugule pas une pneumonie, non plus une fièvre typhoïde, non plus une scarlatine, etc., mais au moment de transition, celui de la crise leucocytaire, l'argent colloïdal peut intervenir puissamment et réaliser le miracle thérapeutique, en jugulant alors la complication secondaire de la maladie infectieuse (angine, abcès, phlébite, arthropathies bâtarde, endocardite infectieuse, etc.)

Ceci posé, il faut dans la pratique établir : 1° que l'argent colloïdal, en pilules, en potions et en injections sous-cutanées, est de nul effet. 2° que, peu actif en lavement, il agit assez bien en frictions et en injections intra-musculaires. La friction doit être chirurgicale (piqueté-hémorrhagique), 3 à 5 grammes de pommade à 15%.

3° Que l'injection intra-veineuse est la méthode de choix et qu'elle est sans aucun danger. S'il s'agit d'une préparation extemporanée, la dose de 5 centigrammes paraît être la dose initiale; on mettra 10 centigrammes, s'il s'agit d'ampoules d'électragol. Pour les enfants, doses moitié moindres. On peut renouveler l'injection de deux en deux jours ou quotidiennement. Il n'y a pas d'effets toxique connus.

En lavages de plaie (pleurésie purulente), on peut utiliser 20, 30, 50 centigrammes quotidiennement.

P. A. GASTONGUAY.

Alwens *Le régime dessalé dans l'ascite par péritonite tuberculeuse, (Münch med. Woch.)*

Dans cinq cas de tuberculose péritonéale à forme ascitique, M. Alwens a obtenu, sous l'influence d'un simple régime dessalé, la disparition complète de l'épanchement, et cela, en une période de temps variant entre cinq et sept semaines. Dans deux de ces cas, avant le traitement diététique, l'ascite s'était reproduite plus abondante qu'auparavant, après ponction abdominale.

Ce qui est surtout remarquable dans ces observations, c'est la rapidité avec laquelle fut obtenu le résultat curatif. On sait que les guérisons de l'ascite par péritonite tuberculeuse ne surviennent d'habitude, sous l'influence d'un traitement médical (applications irritantes sur l'abdomen, diurétiques, etc). qu'en l'espace de plusieurs mois.

P. A. GASTONGUAY.

M. Potocki a eu récemment l'occasion de faire une laparotomie pour grossesse extra-utérine à terme et d'extraire un enfant vivant. Malgré une hémorragie formidable qui survint pendant l'énucléation du placenta, la mère se rétablit. C'est là un fait assez rare pour en faire mention.

P. A. GASTONGUAY.

Dans le Journal des Praticiens, Révillet déclare que l'adéno-pathie trachéo-bronchique n'est pas obligatoirement tubercu-

leuse. Il rapporte deux cas où elle relève de la syphilis et comporte un pronostic relativement favorable.

P. A. GAS'ONGUAY.

Decherf.— *Toxicité du lait des vaches nourries avec des feuilles de betteraves.* (*Annales de médecine et de chirurgie infantiles.*)

L'auteur a observé une épidémie d'entérite aiguë survenue en novembre parmi les enfants fréquentant sa consultation de nourrissons de Tourving. Rien ne motivait cette épidémie; le lait était stérilisé comme d'habitude. L'enquête montra qu'il fallait incriminer la nourriture des vaches. A cause du manque de fourrages, elles étaient nourries, à cette époque, de feuilles de betteraves et de chou violet, végétaux qui donnent au lait et au beurre une saveur particulière bien connue des laitiers. Déjà, en 1903, Decherf avait observé de nombreux cas d'entérite survenus en septembre, alors qu'ils avaient presque disparu, même en été, chez les enfants suivant sa goutte de lait. Alors, c'était la pulpe de betterave, conservée en silos pendant tout l'été et fermentée, qui avait dû être incriminée.

Les entérites ainsi causées ne diffèrent en rien des entérites dues aux altérations microbiennes du lait. Elles sont souvent fébriles, et l'alimentation par le babeurre qui arrête les entérites microbiennes, n'a aucune action pour arrêter ces entérites toxiques. En Belgique, on a pris des mesures législatives pour protéger contre de telles adultérations le lait destiné aux nourrissons.

P. A. G.

Sandau.— *Pour accélérer la marche du travail.* (*Berliner medizinische Wochenschrift.*)

En ces derniers temps, il a été largement question d'atténuer les douleurs de l'accouchement soit par l'anesthésie spinale, soit

par des injections sous-cutanées de substances calmantes. Maintenant, il est intéressant d'entendre une nouvelle suggestion qui a pour but de diminuer la durée du travail.

Sandau dit que l'on peut abréger considérablement la durée du travail, si, après que celui-ci est commencé et que les douleurs sont fréquentes et que la tête est bien engagée, l'accoucheur introduisant un ou deux doigts dans le vagin, dilate le col, et s'efforce de lui faire franchir la tête qui s'avance. Cette manœuvre répétée de temps à autre, augmente les contractions utérines, et à un tel point, que chez les multigestes, le travail peut se terminer en quelques heures sans exposer ni la mère, ni l'enfant.

Pour ce faire, il faut que le col soit ramolli, que la tête soit bien engagée de ne pas changer la présentation et la position, prendre les plus grands soins d'aseptie et se servir de gants de caoutchouc. Cette méthode bien employée, dit l'auteur, ne comporte aucun danger d'infection ou de laceration du col. Aussi la recommande-t-il dans les cas normaux où l'on peut abréger le travail et pour compléter la dilatation lorsqu'il s'agit de faire une application de forceps.

P. A. G.

Reproduction

ÉCLAMPSISME ET ÉCLAMPSIE SANS ACCÈS (suite)

par M. Paul Bar.

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

L'hypertension, chez les femmes en imminence d'accès d'éclampsie, n'intéresse pas seulement le praticien parce qu'elle

est un signe avant-coureur des accès. Dans le cortège de phénomènes morbides qui marque l'éclampsisme, elle constitue, par elle-même, un phénomène qui peut être grave. Il est probable qu'on doit lui attribuer bon nombre des hémorragies qu'on observe à cette période : hémorragies méningées, hémorragies rétiniennes, hématomés. Il est possible qu'elle joue également un rôle dans la production des foyers hémorragiques dans le foie. Si on admet ces conséquences, on comprend les heureux résultats de la saignée. Si elle agit, ce n'est pas certainement parce que, en enlevant du sang, on enlève des toxines, mais bien plutôt parce que la soustraction de sang a pour conséquence, pourvu qu'elle soit un peu large, un peu abondante, une diminution de la tension.

Un second signe d'intoxication confirmée est l'*amblyopie*, qui peut aller quelquefois jusqu'à l'*amaurose*. Ce trouble de la vue n'a pas toujours la même origine. Il est parfois la conséquence immédiate de l'hypertension, sans qu'il y ait de lésion apparente des membranes ou des milieux de l'œil ; il est peut-être parfois d'origine centrale, comme sont souvent d'origine centrale les troubles auditifs, les phénomènes de dyspnée, de fausse angine de poitrine, dont je vous parlerai tout à l'heure ; il est parfois enfin le résultat d'une hémorragie rétinienne, de lésions choroïdo-rétiniennes. L'ophtalmoscope permet facilement de préciser sa pathogénie, et le praticien ne doit pas négliger de déterminer ainsi la cause exacte de ce trouble de la vision. On comprend, en effet, sans qu'il soit nécessaire d'insister, que l'*amblyopie*, l'*amaurose* par hypertension soudaine ait une importance indicatrice grave au point de vue de l'imminence des accès, sans que son pronostic propre soit sérieux. On comprend encore que l'*amblyopie* par hémorragie rétinienne soit grave, parce qu'elle indique et la crise d'hyper-

tension et une lésion profonde qui ne disparaîtra pas avec la crise qui l'a produite. On comprend enfin que l'amblyopie par lésions choroïdo-rétiniennes ait moins de gravité comme indicatrice d'accès imminents que par elle-même.

A côté et au-dessus certainement des deux symptômes qui précèdent, nous devons placer la *céphalée*. Elle est bien remarquable chez les femmes en imminence d'accès d'éclampsie. Parfois limitée à la région frontale, parfois plus localisée encore à la région sus-orbitaire, la céphalée est habituellement intense, gravative. La malade qui l'éprouve a un aspect particulier : un peu pâle, un peu bouffie, elle reste inerte, abattue, souffrant de l'intensité de la lumière et répondant souvent aux questions qu'on lui pose par ce seul mot, qu'elle a mal à la tête.

Cette céphalée, qui se reproduit souvent à maintes reprises avant les accès d'éclampsie, qui se révèle particulièrement tenace pendant les jours qui les précèdent, ne reconnaît pas toujours la même origine. Il est possible qu'elle soit un simple phénomène d'intoxication, sans lésions macroscopiques des méninges ou des centres nerveux constatables à l'autopsie. Dans certains cas, elle paraît liée aux hémorragies, aux lésions méningées, et particulièrement aux hémorragies qui, vous le savez, ne sont pas rares chez les éclamptiques. On peut parfois, dans une certaine mesure, préciser la cause de cette céphalée en faisant la ponction lombaire. Chez la plupart des éclamptiques, le liquide céphalo-rachidien est clair, transparent. Il n'en est pas de même quand il y a hémorragie méningée : il est alors commun de retirer, par la ponction, du liquide céphalo-rachidien teinté de rouge.

Immédiatement à côté de la céphalée, on doit placer la *douleur épigastrique*, dont la cause est encore mal connue, qui est peut-être liée à la rétention chlorurée et à l'hyperchlorhydrie

qui en est parfois la conséquence, qui, dans quelques cas, est liée aux hémorragies multiples que l'on peut observer dans la paroi de l'estomac.

Ces trois phénomènes : la céphalée, l'amblyopie, la douleur épigastrique sont tellement communs chez les femmes en imminence d'accès d'éclampsie, qu'on a pu les considérer comme une sorte de trépied symptomatique. Mais l'observation montre qu'ils ne sont pas les seuls. Dans l'intoxication confirmée, le trouble apporté au fonctionnement des centres nerveux, soit dans la sphère du système sympathique, soit dans celle de la sensibilité, soit dans celle de la motilité, soit dans celle de l'idéation, est considérable, et les signes en sont infinis. Chaque jour la clinique les précise davantage.

Voici d'abord la *dyspnée*. Elle peut tenir à de l'œdème pulmonaire, conséquence grave de la rétention chlorurée ; elle peut être due à une congestion pulmonaire intense. Mais ce n'est pas là la véritable dyspnée éclamptique. Celle sur laquelle je dois attirer votre attention est une sorte de dyspnée *sine materia* : elle se rapproche, par sa nature, de celle qu'on observe chez les pré-urémiques ; mais elle est ici, souvent, particulièrement intense. Elle peut affecter une forme paroxystique toute spéciale. Parfois on peut observer, en même temps que cette dyspnée, une violente douleur précordiale, qui fait penser à l'angine de poitrine.

Dans la sphère de la sensibilité, je vous signalerai les sifflements d'oreilles, la névralgie trifaciale.

Dans la sphère de la motilité, des paralysies soudaines, parfois des contractures, portant sur des groupes musculaires plus ou moins étendus.

Les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation méritent d'attirer spécialement l'attention. Il y a vraiment une

manie éclamptique. Elle apparaît le plus souvent après les accès, mais elle peut les précéder. Elle se manifeste alors par une agitation des malades qui se meuvent incessamment dans leur lit, par des hallucinations, par des impulsions soudaines. TARNIER a justement insisté sur une forme particulière de *folie avec terreur* et sur sa gravité.

Tels sont les signes qui précèdent immédiatement les accès. Ici encore, je vous dirai : Prenez-les, groupez-les des façons les plus diverses, faites tel ou tel de ces signes particulièrement prédominant, faites-les se presser de telle sorte qu'ils semblent contemporains, ou apparaître lentement les uns après les autres, répandez-les sur une durée de plusieurs semaines, de plusieurs jours, ou réunissez-les en quelques heures, et vous constituerez toutes les formes cliniques de la période prémonitoire des accès.

* * *

Nous avons vu naître l'intoxication, nous l'avons vu désorganiser, vite ou lentement, le foie et les reins, nous avons reconnu l'intoxication confirmée. Que va-t-il advenir ?

Soit parce que l'enfant mourra, soit parce que la femme accouchera, soit par l'influence de votre traitement, la femme guérira. Elle aura été non pas menacée d'éclampsie, mais elle aura été une éclamptique, chez qui la maladie n'aura pas atteint cette sorte d'acmé, de période cataclysmique, qui est représentée par l'accès convulsif.

D'autres fois la femme mourra par hémorragie méningée, par inondation ventriculaire, sans avoir eu d'accès.

Mais trop souvent les crises convulsives se produiront, apportant avec elles leur séquelle d'accidents de toute sorte. Je ne veux pas insister sur la marche qu'affecte alors l'éclampsie.

Mais il est des cas particulièrement curieux, que j'avais

déjà signalés d'une façon sommaire, quand j'ai rédigé dans le *Traité d'accouchements* de TARNIER et BUDIN l'article *Eclampsie*. Cette période d'acmé peut se produire sans qu'il y ait d'accès convulsifs. Les faits récents publiés en Allemagne par BAUER, DIENST, ESCH, SCHMORI, BENDER, en Angleterre par JARDINE (de Glasgow), en France par MACÉ et GAILLARD, par CHIRIÉ, ont attiré de nouveau l'attention sur une forme clinique particulière, que l'on a pu décrire sous le nom d'*éclampsie sans accès*.

Les femmes qui sont dans l'état d'intoxication que je viens d'indiquer peuvent tomber dans une sorte de coma, dont elles sortent par moments pour faire des mouvements désordonnés. Parfois on voit chez elles la dyspnée s'accroître sous forme de véritable accès. Chez certaines, ainsi que j'en ai rapporté un exemple, c'est une névralgie trifaciale s'exaspérant par instants d'une façon particulièrement violente. Chez d'autres ce sont des accès d'hallucination. Ce sont là de véritables crises d'éclampsie, mais qui n'atteignent pas le système moteur, sans convulsions.

* * *

Cette conception de l'éclampsie-intoxication, pouvant ne pas atteindre la période de crises, se manifestant, quand elle atteint à ce degré, par des crises convulsives ou par des crises d'un autre ordre, est-elle vraiment fondée? Les faits publiés par BOUFFÉ DE SAINT-BLAISE, par SCHMORI, par moi-même, prouvent que les accès convulsifs ne sont pas nécessaires pour qu'on trouve dans le foie les lésions que l'on tient pour caractéristiques de l'éclampsie. On retrouve ces lésions quand les femmes sont mortes en état d'éclampsisme, et quand elles sont mortes après les crises atypiques dont je viens de vous parler.

Cette évolution des idées sur ce qu'est l'éclampsie, évolution due à l'observation constante de cette complication si grave de la grossesse et qui a, peu à peu, substitué, à la notion de l'éclampsie-maladie convulsive celle de l'éclampsie-intoxication pouvant ou non s'accompagner de convulsions, n'est pas sans intérêt pratique.

Le traitement de l'éclampsie convulsive est tout empirique. Nous savons que les meilleurs résultats sont obtenus par l'expulsion rapide de l'enfant, et toute la thérapeutique obstétricale, pendant ces dernières années, a tendu vers ce résultat.

S'il est vrai que les femmes qui présentent le syndrome d'intoxication que je viens de vous décrire sont des éclamptiques, et s'il est vrai qu'elles puissent mourir, faut-il intervenir chez elles comme si elles avaient des crises convulsives? Agir avec autant de précipitation serait une faute, car les risques de mort de la femme sont certainement moindres avant la période des accès, convulsifs ou non, que lorsque ceux-ci ont éclaté.

Mais, d'autre part, s'abstenir ne serait pas une moindre faute. En observant attentivement la marche des événements, on peut, dans une assez large mesure, reconnaître les faits dans lesquels l'aggravation des symptômes doit conduire assez rapidement à la période de crises, et ceux dans lesquels les accidents sont légers.

Comme règle générale, je puis vous dire que, dans tous les cas où on ne voit pas les signes d'intoxication s'amender rapidement sous l'influence du traitement institué, il est indiqué de provoquer l'accouchement. Cette indication devient particulièrement pressante quand le syndrome affecte la forme clinique de ces accès atypiques dont je viens de vous parler.

(Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.)

TRAITEMENT DES CONVULSIONS ECLAMPTIQUES
PAR LA PONCTION LOMBAIRE

Par MM. AUDEBERT et FOURNIER (de Toulouse).

Un fait de la plus haute importance a été assez récemment démontré dans l'éclampsie : il s'agit de l'hypertension artérielle qui existe d'une façon constante, non seulement pendant les convulsions éclamptiques, mais encore dans la période pré-éclamptique.

Comme conséquence de cette hypertension il était à croire que l'on devait trouver ordinairement de l'hypertension du liquide rachidien.

Et en effet, dans beaucoup de cas d'éclampsie, la rachicentèse a donné issue à un liquide parfois sanglant, et d'ordinaire le jet a été violent, ce qui démontrait à la fois la fréquence des hémorragies méningées et la fréquence encore plus grande de l'hypertension rachidienne dans l'état-éclamptique

Aussi se basant sur les symptômes habituels de l'éclampsie : céphalée, troubles de la vue, etc., convaincu aussi que les convulsions étaient dues à cette hypertension, Helme (*British gynecolog, Journal*, 1904) a proposé un nouveau traitement, qui consiste à soustraire par la ponction lombaire une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien dans l'espoir que l'abaissement de la pression intra-spinale diminuerait ou ferait cesser les convulsions.

La valeur de cette hypertension du liquide céphalo-rachidienne été recherchée par Kronig. (*Central für Gyn.*, 1904).

Tandis que dans les cas normaux la pression intra-rachidienne est égale à 120 millimètres, elle est beaucoup plus élevée chez les éclamptiques, et va de 200 à 500 millimètres, pen-

dant la convulsion la pression peut même atteindre 600 millimètres.

D'après Krönig, il faut retirer environ 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien pour que la pression devienne normale.

Les considérations déduites des faits par Helme et Krönig ayant une certaine part de vraisemblance, nous nous sommes crus autorisés à recourir à la ponction lombaire dans deux cas d'éclampsie grave. Ce traitement a d'ailleurs été employé déjà par un certain nombre d'observateurs : Ballantyne, Thies, Kaman, Bar, etc.

Nous avons suivi nos malades avec le plus grand soin, en notant heure par heure les particularités qui pouvaient se présenter ; d'autre part, nous avons compulsé des observations publiées. C'est l'enseignement qui ressort de l'ensemble des faits que nous allons résumer.

* * *

Quoique la question ait été déjà posée à plusieurs reprises, en particulier par M. Bar, nous ne dirons que quelques mots sur la *valeur pronostique* de la ponction lombaire. Pour Bar, la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien implique fatalement un pronostic mortel, à condition que l'opérateur ait évité toute faute de technique. Cette opinion est trop absolue : une de nos observations pourrait être interprétée dans un sens contraire à l'opinion de Bar.

Quant à sa *valeur thérapeutique*, nous pensons que, sans constituer le traitement de choix, la ponction lombaire doit être conservée et même généralisée dans la thérapeutique de l'éclampsie, avec cette réserve toutefois, que ce ne peut être qu'un traitement *symptomatique* et non un traitement *causal*.

Elle ne s'adresse, en effet qu'aux troubles cérébro-spinaux, et elle est dépourvue de toute action sur les lésions hépatiques et rénales qui sont de règle dans la toxémie gravidique.

On se tromperait cependant si l'on croyait que la rachicentèse n'a d'effet utile que sur l'intensité et la fréquence des convulsions. Il est plus que probable que, en diminuant la compression et la congestion de tout le système cérébro-spinal, elle doit influer dans bien des cas, d'une façon favorable sur la terminaison de la maladie, en mettant la malade à l'abri des hémorragies bulbaires ou méningées qui entraînent si souvent et si brusquement la mort.

Il y aura indication d'y recourir dans tous les cas graves, quand les accès convulsifs se multiplient et tendent à devenir subintrants, quand le coma persiste et quand il y a oligurie marquée ou anurie. Quoique l'hypertension artérielle et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien soient fréquemment dissociées, nous croyons qu'il y aura intérêt à ponctionner le rachis toutes les fois que le sphygmomanomètre indiquera une pression notablement supérieure à la normale.

Mais si la ponction lombaire doit être, selon nous, utilisée dans tous les cas graves d'éclampsie, nous nous garderons bien d'en conseiller l'emploi exclusif et à l'exemple de Thies, nous n'y aurons recours que concurremment aux autres procédés thérapeutiques, qui ont fait leurs preuves depuis longtemps et dont une longue expérience a démontré la valeur (purgatifs, saignée, diète hydrique, méthode des trois lavages, etc.). Ces traitements doivent être appliqués simultanément, et on aurait tort, à nos yeux, d'attendre l'échec des médications usuelles pour ponctionner les méninges rachidiennes. La lecture des observations apprend, en effet, que la rachicentèse pratiquée trop tardivement reste sans efficacité.

Et nous concluons en disant que, dans la lutte que le médecin engage contre le poison éclamptique, ce serait faire acte d'imprévoyance que de rejeter volontairement une arme dont l'innocuité est incontestable et dont l'efficacité a été établie par un certain nombre de faits (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1907.)

(*Revue Française de Médecine et de Chirurgie*, 25 Décembre 1907).

—(o)—

MÉDICATIONS USUELLES

(Suite)

VENTOUSES

Les ventouses sont des appareils destinés à faire le vide à la surface de la peau. On en distingue 2 variétés : les ventouses sèches et les ventouses scarifiées.

Ventouses sèches : La ventouse sèche est une application non suivie d'écoulement sanguin. Quand on veut faire cette application on se sert de petites cloches en verre construites à cet effet ou plus simplement d'un verre à table ordinaire.

Technique opératoire : On prépare un nombre suffisant de ventouses, une lampe à alcool ou une bougie allumée et un certain nombre de boulettes de papier ou de coton, boulettes qui pourront être trempées dans l'alcool. Les boulettes seront placées au fond de la ventouse ; puis le malade étant découvert, on allume le papier ou coton qu'on laisse flamber une minute ou deux. Le papier flambant encore, la ventouse est appliquée sur la peau et maintenue en place quelques instants pour favoriser l'adhésion à la peau.

Pour éviter de brûler le malade, il est important de placer la boulette au fond de la ventouse, on évitera ainsi l'échauffement des bords qui vont être en contact avec la peau.

On fait de même pour les ventouses suivantes, en ayant soin de laisser un espace de peau suffisant entre la nouvelle et la ventouse déjà posée, sinon, non seulement la ventouse n'adhérerait pas mais elle ferait tomber celle qui est déjà adhérente.

Quand les ventouses seront appliquées, on recouvrira la région d'une couverture légère pour éviter le froid. L'application durera de 10 à 20 minutes suivant l'effet que l'on veut obtenir. Pour enlever la ventouse, on presse avec l'index de la main droite sur le bord de la peau tout contre le bord de la ventouse pendant que la main gauche saisissant la ventouse essaie de lui imprimer un mouvement de bascul autour du bord opposé au doigt.

On trouve dans le commerce une lampe à alcool en forme de théière qui simplifie considérablement l'application. Le bec de la lampe étant allumé, on chauffe l'intérieur de la ventouse pendant une seconde ou deux, puis on applique sur la peau : on répète la même manœuvre pour les autres ventouses.

Une fois appliquée, la ventouse renferme une petite quantité d'air surchauffé et dilaté, qui en se refroidissant va se rétracter et produire une certaine raréfaction à l'intérieur. La pression atmosphérique agissant, il se produit un soulèvement de la peau qui pénètre à l'intérieur de la ventouse et s'obture. Le refroidissement s'accroissant, le vide progresse, la suction devient plus forte. On voit alors à travers la ventouse la peau soulevée devenir rouge puis violette pendant que se dessinent des arborisations vasculaires plus ou moins marquées.

En même temps que le sang, la lymphe afflue et contribue à la formation de la tuméfaction cutanée.

Indications thérapeutiques : La ventouse est un agent dérivatif et non révulsif : on l'emploiera donc chaque fois qu'il y aura raison d'enlever momentanément à la circulation locale ou générale

une certaine quantité de sang sans qu'il en résulte une déperdition.

Bronchite aiguë : A la période de début des bronchites, appliquées en grand nombre (10 à 15), les ventouses peuvent faire avorter la maladie. Il faut les appliquer sur le dos d'abord, puis en avant sur la poitrine et renouveler l'application plusieurs fois par jour jusqu'à la disparition des phénomènes congestifs. La durée de l'application variera avec l'intensité des symptômes.

Bronchite chronique : Chez les sujets âgés atteints de bronchite chronique avec poussées congestives à la suite de changement de température, on posera des ventouses au niveau des parties congestionnées. La ventouse sera laissée cinq minutes chez le vieillard fatigué, plus longtemps si le sujet est plus résistant.

Broncho-pneumonie : La balnéation est ici quasi spécifique ; mais dans les formes prolongées, les bains deviennent souvent impossibles, on les remplacera par les ventouses appliquées matin et soir.

Emphysème pulmonaire : Les sinapismes sont quelquefois pénibles aux emphyémateux, ils seront remplacés par des ventouses sèches.

Pneumonie : Le point de côté sera efficacement combattu par cette même médication appliquée à l'endroit douloureux.

Chez les pneumoniques dont l'état ne permet pas de recourir aux émissions sanguines mais dont l'élément congestif est assez accentué pour réclamer une attention spéciale, on appliquera les ventouses en aussi grand nombre que possible, matin et soir, tant que durera la menace congestive. Nous devons toutefois donner la préférence à la saignée chaque fois que la chose sera possible.

Tuberculose pulmonaire : Les ventouses sèches trouvent ici une indication analogue à celle des révulsifs à toutes les périodes de la tuberculose chronique contre les points de côté et les poussées congestives. Mais elles ont une indication toute spéciale quand on a pu, pour ainsi dire, assister à l'apparition du phénomène congestif. On les appliquera trois fois par jour.

Congestion pulmonaire : Tout en prescrivant une thérapeutique particulière s'adressant à la cause de la congestion, on appliquera les ventouses quelle que soit la forme de congestion active ou passive. Les ventouses sont toutefois plus particulièrement indiquées dans la forme idiopathique dite de Woilliez.

Pleurésies : Avant la période de l'épanchement, les ventouses seront prescrites contre le point douloureux ; elles combattront aussi l'élément congestif qui accompagne la poussée plurétiq. On les emploiera dans la forme sèche, mais les pointes leur sont préférables.

Péricardites : On les emploiera à la période aiguë et douloureuse pour combattre la douleur précordiale.

Endocardite : Dans les formes légères elles lutteront contre l'érythisme cardiaque.

Congestion du foie : Les poussées congestives qui se montrent au cours de l'évolution des affections hépatiques et en particulier des cirrhoses, doivent être combattues par les ventouses.

Gallien prescrivait les ventouses sur le foie contre l'épistaxis de la cirrhose atrophique. Verneuil pratiquait ce mode de traitement.

Congestion rénale : Les ventouses remplissent ici un rôle capital, elles décongestionnent. Le rein grâce à sa large communication veineuse avec l'atmosphère adipeuse et les réseaux sous-cutanés est l'organe qui réagit le mieux aux révulsifs. Aussi l'application de ventouses à son niveau ou encore au niveau du triangle de J. S. Petit provoque-t-elle une décongestion complète. On l'emploiera donc dans les formes légères avec urines rares et foncées, sans manifestations urémiques. Sans quoi, il faudra avoir recours à la scarification.

Plaies virulentes ou vénéneuses : Leur application peut, dans une certaine mesure entraver l'absorption des produits inoculés et permettre l'attente de moyens plus énergiques.

VENTOUSES SCARIFIÉES — SAIGNÉE LOCALE

C'est une application de ventouses sèches accompagnée d'un

écoulement sanguin déterminé par des incisions superficielles et peu étendues.

Technique : Après avoir appliqué une ventouse sèche, on fait au niveau de la tuméfaction des petites incisions au moyen d'un bistouri ou d'un rasoir. Le sang se montre par gouttelettes, puis en minces filets qui se réunissent ; on appliquera de nouveau la ventouse au même endroit ; ce qui a pour triple but d'augmenter le taux de l'émission sanguine, d'en prolonger la durée et de supprimer l'essuyage du sang écoulé.

L'on trouve dans le commerce des scarificateurs mécaniques qui se composent d'une petite boîte cylindrique munie à son plan inférieur d'une dizaine de lames mues par un ressort qu'on remonte au moyen d'une manette située sur le plan supérieur. On applique l'instrument sur la tuméfaction produite par la ventouse sèche, on presse sur un bouton qui fait déclancher le ressort. Les lames décrivant un demi-cercle s'introduisent dans la peau et grâce à la rapidité de leur mouvement ne produisent aucune douleur. La scarification est suivie d'une nouvelle application de ventouse.

On a reproché à ce petit instrument d'être difficile à stériliser, mais la pratique a démontré que la lampe à alcool suffisait à rendre l'appareil inoffensif.

Point n'est besoin d'ajouter qu'on devra avoir préalablement fait la toilette des téguments au niveau de l'application et que celle-ci devra être suivie d'un pansement léger à la gaze aseptique qu'on maintiendra par une bande de corps.

Mode d'action : La ventouse scarifiée ajoute à l'action de la ventouse sèche l'effet spoliatif déterminé par une émission sanguine locale. Elle décongestionne les organes sous-jacents avec une intensité variable suivant la richesse des anastomoses vasculaires qui les unissent à la peau.

Son action générale est peu marquée grâce à la perte sanguine relativement peu importante et se faisant lentement.

Pneumonie : Chez les individus assez âgés, pléthoriques, at-

teints d'une forme congestive on emploiera les ventouses scarifiées au début de la maladie. On les appliquera au niveau du poumon malade à l'endroit du souffle et de la matité. Cette application se fera en arrière sauf si les signes sont manifestement plus accentués en avant.

Congestion pulmonaire. La congestion idiopathique, la congestion d'origine grippale, la congestion des artérioscléreux et des brightiques évoluant chez des individus jeunes, résistants, à tempérament sanguin indiquent *formellement* les ventouses scarifiées.

Chez les individus atteints de congestion pulmonaire brightique, dont l'âge ou l'état contrindiquent la saignée générale, on emploiera les émissions sanguines locales. On appliquera alors une quinzaine de ventouses sur la poitrine.

Pleurésie : La scarification sera faite chaque fois que le point de côté est très violent et que le malade est vigoureux. la pleurésie diaphragmatique en indique presque toujours l'emploi de même que la pleurésie puerpérale. On les met en petit nombre, une ou deux sur le point douloureux.

Péricardite aiguë : Quand la dyspnée est vive et suffocante à la période de début, on emploiera les ventouses scarifiées que l'on réappliquera tous les trois ou quatre jours tant qu'il restera des phénomènes aigus.

Myocardite aiguë : A la phase d'éréthisme cardiaque on emploiera une ou deux ventouses scarifiées et l'on répètera cette application si la douleur persiste aussi intense.

Endocardite aiguë : Les scarifications trouvent ici la même indication que dans les deux formes précédentes; en un mot elles sont le traitement héroïque qui arrêtera l'évolution des endo-myopéricardites.

On peut quand même appliquer la glace après les ventouses.

Congestion hépatique : Lorsque l'âge et l'état du sujet ne s'opposent pas à la déperdition sanguine, on appliquera une dizaine de ventouses scarifiées dans la région du foie pour combattre la congestion

consécutive aux maladies infectieuses ou à des troubles gastro-intestinaux alors qu'il y a de vives douleurs au niveau du foie.

Contraindications : Elles sont déterminées par la spoliation sanguine : les malades très affaiblis, les convalescents d'affections hémorragiques, les hémophiliques, les jeunes enfants et les vieillards, présentent donc des contraindications à l'emploi des ventouses scarifiées.

(à suivre)

J. O. ODILON LECLERC.

NOTES DE PRATIQUES (1)

Contre les douleurs gastriques :

Morphine	:.....	o	gramme	05
Stovaine	.....	o	—	10
Eau	.....	150	—	

Une cuillerée à café toutes les 10 minutes jusqu'à sédation de la douleur. Il ne faut pas toutefois dépasser 10 cuillerées par jour.

Eau chloroformée	.....	150	grammes
Codéine	.....	o	— 10

• Une cuillerée à table au moment des douleurs.

SEL DE CARLSBAD ARTIFICIEL

Contre les inflammations légères de l'intestin.

(1) La plupart des formules suivantes ont été recueillies dans le service de M. Mathieu, de Paris.

Sulfate de soude.....	40 grammes
Bicarbonate de soude.....	20 —
Chlorure de sodium.....	10 —

1 à 3 cuillerées à thé dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau tiède, la matin à jeun.

Contre les démangeaisons de l'ictère, on appliquera avec une ouate.

Alcool à 90°.....	}	30 grammes
Glycerine.....		
Eau.....		
Menthol.....		0 — 01

Usage ext.

Contre la flatulence et ptose intestinales.

Salicylate de soude.....	}	1 gramme
Souffre précipité.....		
Charbon.....		

Diviser en 3 parties, à prendre en un jour.

Autre formule contre la gastralgie.

Codéine.....	0 gramme 25
Eau de laurier-cerise.....	25 —
Eau distillée.....	75 —

2 à 5 cuillerées à café par jour.

ODILON LÉCLERC.

Sociétés médicales

QUATRIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION
DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE,
DE L'AMÉRIQUE DU NORD

À QUÉBEC, 20-22 JUILLET, 1908

Ce congrès sera divisé en trois sections :

1. Section médicale et annexes ;
2. Section chirurgicale et annexes ;
3. Section d'hygiène et d'intérêts professionnels.

**Trois questions principales seront traitées
dans les assemblées générales :**

1. L'Hygiène dans l'enseignement.
Premier Rapporteur : Dr C.-N. Valin, Montréal.
Second Rapporteur : Dr D. Brochu, Québec.
2. Infection des voies biliaires.
Premier Rapporteur : Dr A. LeSage, Montréal.
Second Rapporteur : Dr A. Paquet, Québec.
3. Tuberculose rénale.
Premier Rapporteur : Dr C. Dagneau, Québec.
Second Rapporteur : Dr Eug. St. Jacques, Montréal.

Officiers généraux du Congrès :

- Président-Général : Dr A. Simard, Québec.
Secrétaire-Général : Albert Paquet, Québec.
Ass. Secrétaire-Général : B. G. Bourgeois, Montréal.
Trésorier : N. A. Dussault, Québec.

Section médicale :

- Arthur Rousseau, Québec, Président.
- Séverin Lachapelle, Montréal, 1er Vice-Président.
- J. P. Pelletier, Sherbrooke, 2ème Vice-Président.
- N. Baudet, Fall-River, 3ème Vice-Président.
- O. Leclerc, Québec, Secrétaire.
- J. C. Bourgoin, Montréal, Ass.-Secrétaire.

Section chirurgicale :

- Dr A. Marien, Montréal, Président.
- J. Z. Bergeron, Chicago, 1er Vice-Président.
- P. Laroche, Manchester, 2ème Vice-Président.
- G. Pinault, Campbelltown, 3ème Vice-Président.
- Z. Rhéaume, Montréal, Secrétaire.
- P. A. Gastonguay, Québec, Ass.-Secrétaire.

Section d'hygiène et d'intérêts professionnels :

- A. Laurendeau, St. Gabriel de Brandon, Prés.
- R. Fortier, Québec, 1er Vice-Président.
- J. O. Beauchamp, Chicopee Falls, Mass, 2ème V.-P.
- J. C. S. Gauthier, St. Ephrem d'Upton, 3ème V.-P.
- S. Roch, St. Gabriel de Brandon, Secrétaire.
- J. Décarie, Montréal, Ass.-Secrétaire.

—o—

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Monsieur et cher confrère.

Il a été décidé que les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec commenceront le 20 juillet prochain.

Le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui doit coïncider avec ces fêtes, se réunira donc lui-même à Québec le 20, 21, et 22 juillet 1908, et tiendra ses séances dans les salles de l'Université Laval.

En vous faisant savoir la date de la session prochaine de notre Congrès, nous avons l'honneur de vous prier de prendre connaissance des détails d'organisation que nous vous communiquons ; vous y verrez quelles sections médicales se partageront les travaux du Congrès et quelles questions seront l'objet des rapports officiels de ces sections.

En dehors de ces études d'ordre général, chaque médecin pourra, s'il le désire, présenter au Congrès un travail particulier sur toute question qu'il aura lui-même choisie. Il lui suffira d'en donner avis à l'avance, sur le bulletin d'adhésion des membres actifs que vous trouverez ci-joint.

Notre congrès s'annonce sous les plus heureux auspices. La présence des médecins les plus distingués, et surtout le concours des spécialistes éminents qui ont voulu se charger de développer les sujets mis à l'ordre du jour assurent à nos délibérations un caractère hautement scientifique.

Avons-nous besoin d'insister sur l'importance de pareilles réunions ? L'expérience a prouvé que les Congrès sont pour la science un des plus vigoureux stimulants du progrès. Ils favorisent l'échange des idées; provoquent la discussion, font briller la lumière sur des points jusque-là obscurs, ils établissent aussi entre les membres d'une même profession des liens durables d'amitié et de solidarité.

Ajoutons que les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec, pendant lesquelles notre Congrès siègera vont fournir à tous ceux que préoccupe le problème de l'avenir de la race française en Amérique une occasion unique d'étudier l'œu-

vre accomplie par nos compatriotes et de s'associer à leurs espérances. Si, en effet, les français de ce continent ont à compter avec le développement d'autres peuples pleins de vitalité, ils ne veulent, pour cela, ni abdiquer le rôle glorieux que la Providence leur a confié, ni renoncer à leur esprit propre et à leurs aspirations nationales. Les fêtes de cet été seront, nous en avons la confiance, une affirmation solennelle des droits de notre langue, de la permanence de nos traditions et de l'influence croissante de notre race.

Ces raisons, monsieur et cher confrère, nous permettent d'espérer qu'en votre qualité de médecin de race et de langue françaises, vous vous ferez un devoir patriotique de prendre part à notre œuvre, et que s'il vous est impossible de contribuer au succès du Congrès par un travail personnel, vous n'hésitez pas du moins à nous adresser votre adhésion comme membre participant. Nous annexons, à cet effet, à la présente circulaire un bulletin que vous voudrez bien remplir et nous retourner, si c'est possible, d'ici au 1^{er} juin prochain.

Veillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments et l'assurance de notre parfait dévouement.

ARTHUR SIMARD, président général.

ALBERT PAQUET, secrétaire général.

ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT
DE JOLIETTE (9 MARS 1908)

Présidence : Dr Charles Bernard.

M. le Dr E. Courteau, de St-Jacques l'Achigan, est admis
membre de l'Association.

Re. *Tarif des Compagnies d'Assurances.*—Considérant que la Travelars, la Sauvegarde, la Mutual of New-York, l'Equitable et la Royal Victoria accordent \$5.00 indifféremment pour tous les examens médicaux faits dans notre district ;

Proposé par M. le Dr Laporte, secondé par M. le Dr Shepherd :

Que les résolutions adoptées par notre Association les 11 septembre et 11 décembre 1905, les 12 mars et 12 septembre 1906, et le 11 mars 1907, soient confirmées ;

Et qu'aucun membre de l'Association ne fasse aucun examen médical pour compagnies d'assurances à moins de \$5.00 chacun.

Et que copie de cette résolution soit envoyée à chacun des médecins du district et aux compagnies d'assurances faisant affaire dans le district. Adopté unanimement.

Re. *Charlatans.*—Le comité rapporte que depuis la dernière séance le rebouteur Mireault a payé l'amende une fois, et que actuellement il est sous le coup d'une autre action judiciaire.

Re. *Officiers du Congrès.*—M. le Dr Charles Bernard est choisi comme vice-président de la section des intérêts professionnels du Congrès des médecins de langue française, et M. le Dr Silvio Roch, comme secrétaire.

L'Association adopte des résolutions de condoléances au sujet de la mort de l'épouse de M. le Dr Martineau, de Lavatrie.

Puis la question suivante est soumise à l'Association :

« Un médecin est-il justifiable, et si oui dans quel cas, de faire une opération, un accouchement, une extraction de dent, et sous chloroforme ou autre anesthésique, sans l'assistance d'un confrère ».

La distribution de cette proposition est remise à la réunion de juin prochain afin que les membres puissent en faire l'étude.

ALBERT LAURENDEAU,

Sec.-Trésorier.

P. S.—Il est juste d'ajouter que depuis cette réunion, la compagnie « Sun Life » nous a payé dix dollars pour deux examens de \$1000.00 chacun.

A. R.

NÉCROLOGIES

Daniel B. St. John Roosa, M. D., L. L. D.

Le docteur Daniel Bennett St. John Roosa est mort subitement à sa résidence de New-York, le 8 de-mars. Il était âgé de 70 ans.

Né à Bethel, dans le comté de Sullivan, N.-Y. il fit ses études médicales à l'université de New-York où il gradua en 1860. Puis il fit pendant quelque temps de la chirurgie au « New-York Hospital », et partit pour Berlin et Vienne, afin de faire une étude spéciale de l'ophtalmologie. De retour à New-York, il se mit à la pratique de sa spécialité et se distingua comme professeur et comme praticien. Il fut professeur de l'Université de New-York et à l'Université de Vermont. C'est à son initiative que l'on doit la fondation du « New-York Post-graduate Medical School and Hospital. » Il en fut le premier président et le seul.

Pendant 26 ans, il y occupa la chaire d'ophtalmologie et d'otologie, toujours avec le même succès.

P. A. G.

HAL C. WYMAN

Ce chirurgien distingué est mort à Détroit, lundi, le 9 mars après une courte maladie. Il était âgé de 56 ans. Né dans l'Indiana, il pratiqua à Détroit. Il a fourni une large contribution à la littérature médicale, et passait pour une autorité en chirurgie abdominale. C'était un praticien recherché par ses succès.

P. A. G.

COMMENT ÉPURER SON EAU, par F. MALÉJAC, Docteur en pharmacie, Pharmacien Major de 2^{ième} classe.— VIGOT Frères, Editeurs. 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-16 cartonné. avec 12 figures. **3.50**

En hygiène la question de l'eau joue un grand rôle. Tout le monde aujourd'hui s'intéresse à l'hygiène et c'est pour cela que nous croyons utile de mettre entre les mains du plus grand nombre un ouvrage qui a pour but d'apprendre à chacun comment on peut toujours et partout se procurer de l'eau potable et pure.

L'auteur, si connu par ses travaux antérieurs sur l'eau, nous initie rapidement, dans une première partie, à la biologie de ce milieu, tandis que la seconde est entièrement consacrée à l'étude de son épuration.

Après nous avoir montré la nécessité de cette dernière, l'auteur passe successivement en revue : l'épuration naturelle, l'épuration par les appareils de fortune, par la chaleur, par le froid, par filtration et enfin l'épuration chimique.

Tous les procédés sont très clairement et très rigoureusement étudiés tant au point de vue scientifique que pratique.

Cet ouvrage renferme de nombreux travaux originaux dont l'importance n'échappera à personne ; il se termine par une bibliographie des plus soignée.

Ce livre est appelé à rendre de grands services à l'hygiène, car il sera un guide sûr et précieux pour tous ceux qui désirent se mettre à l'abri des épidémies d'origine hydrique : fièvre typhoïde, choléra, dysenterie, etc., etc.

LE CRIMINEL *aux points de vue anthropologique, psychologique et social*, par le Dr EMILE LAURENT, avec préface de M. le Professeur Lacassagne.—VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8° écu . . . 3.50

Voilà un livre intéressant que les juristes et les médecins devraient lire, écrit le Professeur Lacassagne dans sa préface. Ils ne s'ennuieraient pas à en prendre connaissance, et, malgré eux, ils se surprendraient à méditer les réflexions ou les théories de l'auteur, toujours documenté, parfois un peu paradoxal, mais sincère et cruel comme un dossier complet.

Le criminel et la criminalité sont étudiés sous tous leurs aspects et toutes leurs formes, dans leurs rapports avec la dégénérescence, etc. Or nul n'était mieux préparé que l'auteur, pour mener cette entreprise à bonne fin. « Pendant mon internat à l'infirmerie de la Prison de la Santé, dit-il, j'avais vu le criminel épanoui ; médecin inspecteur des écoles du dix-neuvième arrondissement à Paris, j'ai vu le criminel en herbe, l'enfant vicieux et irréductible. Médecin de l'Assistance publique à domicile, j'ai pu étudier le milieu, le bouillon de culture, me pencher sur les pires détresses et les pires vilénies. Dans mes pérégrinations à travers les cinq parties du monde, j'ai vu les peuples divers, j'ai pu comparer leurs mentalités, leurs crimes et leurs vésanies, voir à nu le corps et l'âme de leurs prostituées ». L'auteur a comparé et condensé ces documents divers et il en a tiré une étude des plus captivantes en même temps que des plus troublantes.

