

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.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA GÉOGRAPHIE MÉDICALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Par E. P. BENOIT, M. D.

Professeur suppléant de pathologie interne.

(Cours de 1899-1900 ; leçon d'ouverture.)

Messieurs,

Avant d'aborder l'étude des maladies du système nerveux, et en particulier celles de la moelle épinière, il est absolument nécessaire, si l'on veut étudier avec fruit et bien comprendre les lésions et les symptômes caractéristiques de ces maladies, d'avoir présentes à l'esprit les notions générales d'anatomie et de physiologie médicales du système nerveux. Par anatomie médicale et physiologie médicale, j'entends l'étude de la texture, de l'organisation et du fonctionnement d'un organe, mais faite au point de vue spécial de la compréhension des maladies. C'est-à-dire que ces notions générales d'anatomie ou de physiologie doivent être groupées de telle sorte, qu'elles soient utiles avant tout au médecin praticien, et ne servent pas seulement à la description didactique et détaillée des organes et des tissus. Ce n'est pas que je veuille dire que cette description détaillée soit inutile, bien au contraire, et je ne ferai ici que répéter très brièvement les notions complètes, étendues, précises que vous ont si bien enseignées votre professeur d'anatomie, M. Mignault, votre professeur de physiologie, M. Duval, et votre professeur d'histologie, M. Marien. Mais, avant d'entrer dans le champs si complexe et si varié des maladies nerveuses, il est bon de grouper ces notions à un point de vue spécial, qui puisse vous servir de fil conducteur dans le dédale, si compliqué à première vue, des symptômes et des lésions. Ce point de vue spécial, vous le devinez déjà, c'est celui des localisations,

puisque, comme le disait si bien Charcot, dans les maladies de la moelle, "la lésion n'est rien, la localisation est tout." Prenant donc pour base cette formule du maître de la Salpêtrière, que les maladies nerveuses sont avant tout une question de localisation, nous allons étudier ensemble, dans cette leçon d'ouverture, la fonction spéciale de chacune des régions des centres nerveux, et plus particulièrement de la moelle, en même temps que nous suivrons des yeux, sur les dessins et les schémas que je vous ai fait distribuer par l'appariteur, et qui nous serviront de cartes topographiques, les diverses zones

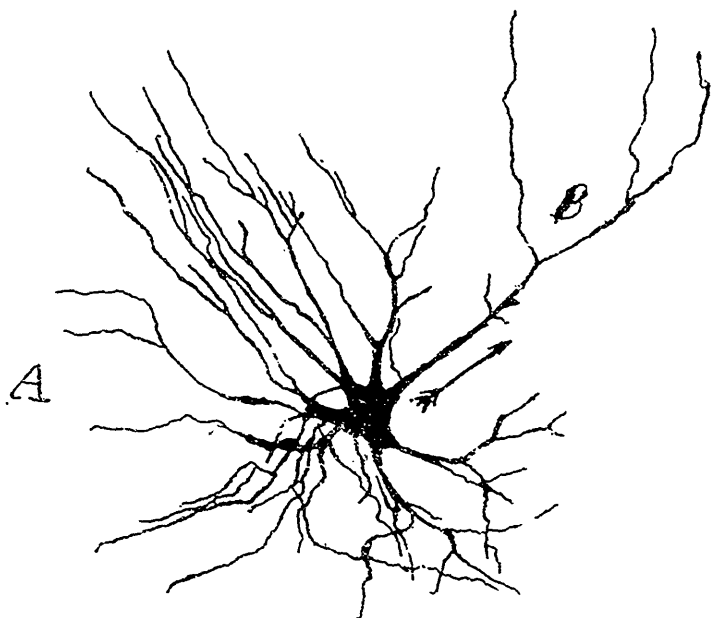


FIG. I.—Cellule nerveuse de la corne antérieure de la moelle dorsale (enfant de 7 mois). A.—Prolongements protoplasmiques. B.—Prolongement cylindraxile. La flèche indique la direction du courant nerveux.

sensitives et motric , ce qui nous aidera grandement à fixer dans notre esprit, pour employer l'heureuse expression du professeur Grasset dans son dernier livre, (1) *la géographie médicale* de la moelle.

Histologie du système nerveux.

Vous savez aujourd'hui que le système nerveux n'est pas composé essentiellement d'un réseau de fibres nerveuses, mais bien de fibres et de cellules. M. le professeur Mignault vous a exposé les découvertes importantes faites par Ramon y Cajal, ce savant espagnol

(1) Grasset.—Diagnostic des maladies de la moelle.—Baillièrre, 1899.

qui, mettant à profit en 1888 la méthode de coloration au chromate d'argent imaginée par Golgi, mais restée dans l'oubli depuis 1873, put révolutionner d'une manière complète l'étude du tissu nerveux, et mettre en lumière nombre de faits ignorés jusque là. Ehrlich, en 1886, en découvrant la méthode de coloration des éléments nerveux par les injections intra-veineuses de bleu de méthylène, a permis de contrôler ces faits d'une manière certaine, et d'en établir l'exactitude.

Aussi, tandis qu'anciennement le nerf tenait en fait d'anatomie du système nerveux la première et j'oserais dire l'unique place, tout le monde admet aujourd'hui qu'il n'existe pas de fibre nerveuse indépendante d'une cellule nerveuse, mais que toute fibre, quelle qu'elle soit, doit être considérée comme le prolongement cylindraxile d'une cellule. Le nerf n'est qu'une partie d'un tout, il entre dans la composition des cordons, et constitue à lui seul la substance blanche, mais il ne signifie rien lorsqu'il est isolé, et sa fonction lui vient de la cellule dont il n'est qu'un prolongement, laquelle cellule compose essentiellement la substance grise. De sorte que, pour bien comprendre la fonction du système nerveux, il faut étudier, non pas la fibre, qui n'est qu'une partie, non pas la cellule et ses prolongements protoplasmiques, qui n'est qu'une partie, mais le neurone, qui est un tout. Ceci est une notion de premier ordre dont je vous prie de bien vous souvenir.

Donc, nous dirons que tout le système nerveux cérébro-spinal et sympathique est formé d'éléments nerveux superposés, de neurones indépendants les uns des autres, mais formant un tout par eux-mêmes. Les cellules, c'est la substance grise; les fibres, c'est la substance blanche.

J'ai dit "d'éléments nerveux superposés." Ceci m'amène à une seconde notion très importante. En effet, quand vous avez étudié une cellule nerveuse en détail, vous avez constaté que cette cellule, d'une part son prolongement cylindraxile entouré de myéline, et qui peut être très long, possède de nombreux prolongements beaucoup plus courts, fournis par le protoplasma de la cellule, et qu'on appelle pour cette raison les prolongements protoplasmiques. (Fig. I) Eh bien, c'est par ses prolongements protoplasmiques que la cellule nerveuse reçoit les impressions, ou si vous aimez mieux que la pile électrique emmagasine son électricité, et le courant électrique ou l'influx nerveux est transmis par le fil conducteur qui est le prolongement cylindraxile ou le nerf. Mais tout ceci ne s'accomplit que dans une seule et même direction, c'est-à-dire, pour citer van Gehuch-

ten, que "la transmission de l'ébranlement nerveux dans un neurone donné se fait toujours d'après une direction déterminée: elle va des prolongements protoplasmiques au corps cellulaire, du corps cellulaire au prolongement cylindraxile, et, par celui-ci, aux prolongements protoplasmiques d'un autre élément nerveux." Cette notion de la transmission de l'influx nerveux dans une direction donnée est très importante, car elle nous aide à comprendre qu'il y a dans les centres nerveux des voies ascendantes et des voies descendantes, c'est-à-dire des voies sensitives et des voies motrices.

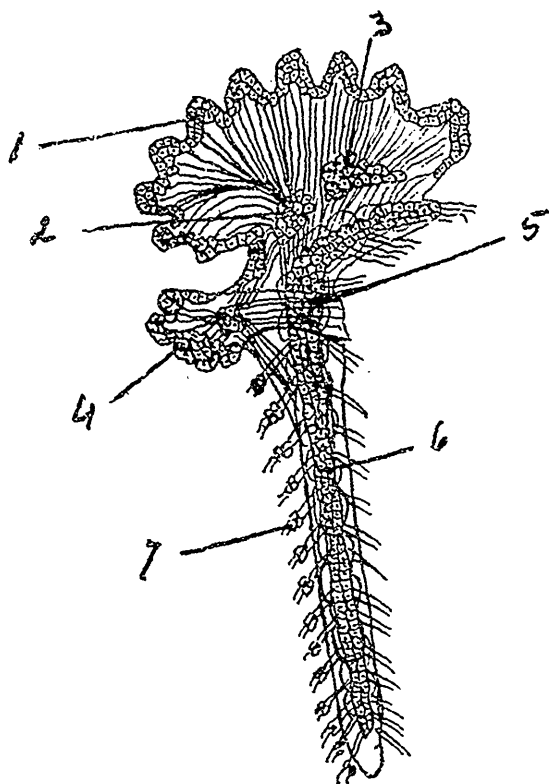


FIG. II.—Schéma du système nerveux central (Mathias Duval). 1.—Circonvolutions. 2.—Couche optique. 3.—Corps strié. 4.—Cervelet. 5.—Protubérance. 6.—Mœlle épinière. 7.—Ganglions des racines postérieures.

J'ai dit aussi que les neurones sont indépendants les uns des autres. En effet, et ceci est la troisième notion qu'il faut se fixer dans l'esprit, la transmission des ébranlements nerveux d'un neurone à un autre neurone ne se fait pas par continuité de tissu, mais par contiguïté ou contact. C'est-à-dire que chaque cellule nerveuse n'est pas articulée avec le prolongement cylindraxile de la cellule située

au-dessus ou au-dessous d'elle, suivant le cas, mais que ce prolongement cylindraxile se termine à côté ou dans le voisinage de ses prolongements protoplasmiques. De sorte que, si les cellules et les fibres concourent toutes aux fonctions nerveuses, elles ne sont pas fatalement liées entre elles au point de vue anatomique, du moins dans les sphères différentes, et la dégénérescence ou la sclérose de quelques unes n'entraîne pas nécessairement la mort des autres.

Nous dirons donc que les cellules et les fibres des neurones constituent un vaste organe dont chaque partie accomplit séparément sa tâche. Mais nous nous empresserons d'ajouter que l'action séparée de chaque partie concourt toujours, à l'état normal, à l'accomplissement d'un acte déterminé, sensitif ou moteur, et que la lésion d'une partie, si elle ne compromet pas forcément la vitalité des autres, peut fort bien compromettre, non seulement la fonction de la partie lésée, mais encore et bien plus sûrement la fonction générale. Indépendants les uns des autres au point de vue anatomique, les neurones sont solidaires au point de vue fonctionnel, car si la substance grise fait de la moelle un organe central, la substance blanche en fait un organe de transmission. De sorte que si vous coupez les communications entre les différents centres nerveux, il n'y aura pas d'appel ou d'excitation portée vers ces centres, et les actions volontaires ou réflexes feront défaut. Nous verrons ces notions en détail en étudiant les maladies nerveuses; il ne s'agit, dans cette première leçon, que d'obtenir une vue d'ensemble de la topographie de la moelle.

Cette étude nous sera d'ailleurs facilitée par la disposition toute spéciale qu'affectent les centres nerveux. À ce propos, je ne saurais mieux faire que de vous citer le professeur de Louvain: "Il est un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue, dit-il, c'est que le système nerveux cérébro-spinal est un système médian, c'est-à-dire un système parfaitement symétrique non seulement dans son ensemble, mais encore dans toutes ses parties; de telle sorte qu'une coupe transversale faite dans cet axe nerveux, à n'importe quel niveau, sera toujours formée de deux moitiés telles que si on les appliquait l'une sur l'autre, elles correspondraient exactement jusque dans le moindre de leurs détails. C'est cette parfaite symétrie de l'axe nerveux qui en rend l'étude relativement facile et qui vous permettra de vous représenter, sans trop de difficulté, toute sa structure interne." (1)

C'est ce que nous allons maintenant essayer de faire.

(1) Van Gehuchten.—Le système nerveux de l'homme.—Louvain, 1897.

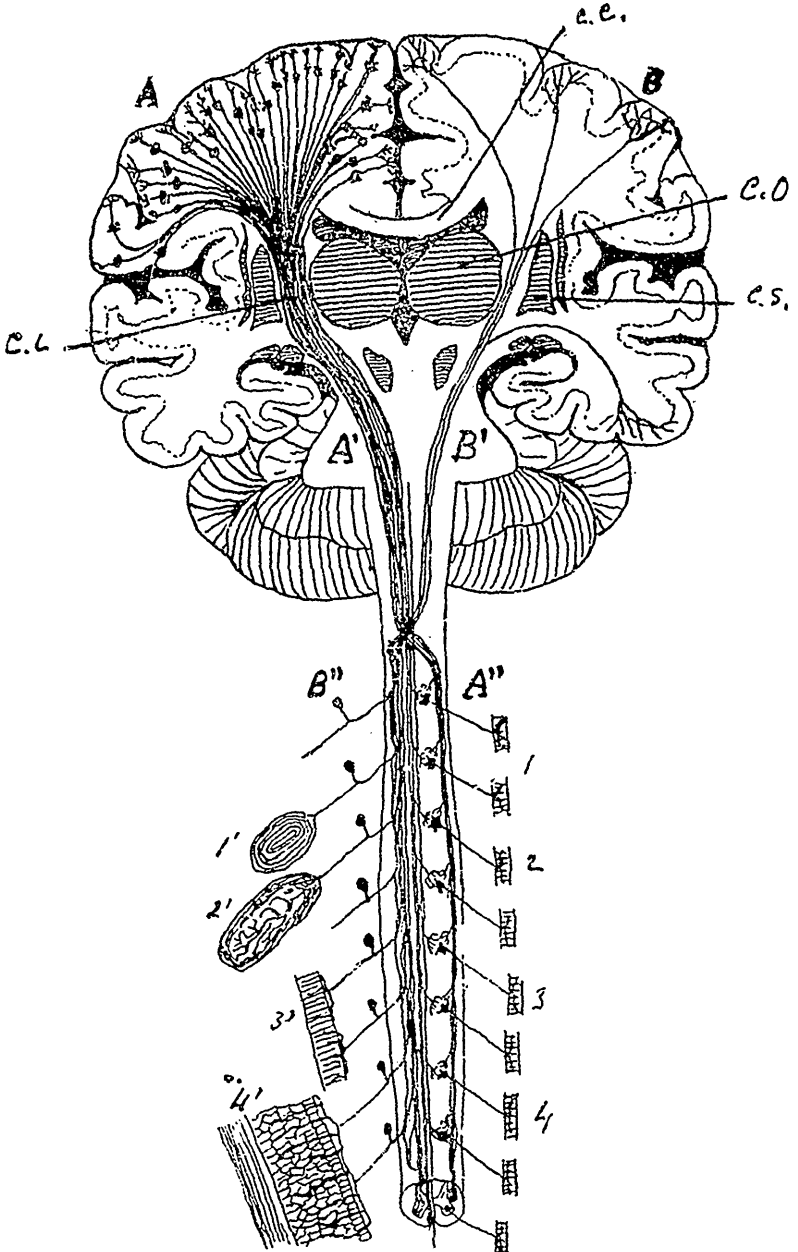


FIG. III.—Schéma des voies longues du système nerveux (Van Gehuchten).
 A.—Point de départ des voies motrices. A'.—Voie motrice descendante.
 A''.—Voie motrice croisée latérale. B.—Points d'arrivée des voies sensi-
 tives. B'.—Voie sensitive ascendante. B''.—Voie sensitive croisée posté-
 rieure. C.C.—Corps calleux. C.I.—Capsule interne. C.O.—Couche opti-
 que. C.S.—Corps strié. 1, 2, 3, 4.—Les muscles. 1', 2', 3', 4'.—Les organes
 et la peau.

*La substance grise.**(La moelle épinière comme organe central).*

La substance grise, nous l'avons vu, est formée essentiellement de cellules nerveuses dont les unes, à cylindraxe court, s'épuisent dans la substance grise elle-même, et dont les autres, à cylindraxe long, entouré de myéline, deviennent les fibres de la substance blanche. On peut dire, sans se tromper, que la substance grise est l'élément fondamental du système nerveux, sur lequel reposent la plupart des fonctions physiologiques du cerveau et de la moelle. Aussi la place qu'il occupe est-elle prépondérante, et proportionnée à l'importance de ces fonctions. Il est facile de se rendre compte de ces choses en jetant un coup d'œil sur la disposition des centres nerveux telle que représentée dans le schéma de Duval (Fig. II).

Vous voyez que dans la moelle, la substance grise est centrale, tandis qu'elle est périphérique dans le cerveau, et qu'elle revêt, dans cet organe important, la forme de circonvolutions. Et vous comprenez pourquoi. C'est qu'il s'agit de multiplier autant que possible son étendue, puisque le cerveau et le cervelet sont les centres nerveux supérieurs, où aboutissent toutes les impressions venues de la profondeur des organes internes ou des téguments, et d'où partent en grande partie les incitations motrices. Le champ d'action du cerveau est immense, puisque c'est le centre de la parole, de l'intelligence, de la mémoire et de la volonté, en un mot de toutes les facultés supérieures, dont le contrôle sur les actes volontaires est absolu, et dont l'influence se fait même sentir sur les actes inconscients. Mais je ne veux pas m'arrêter ici trop longtemps, car ce serait de beaucoup nous allonger.

Vous savez comme moi, et vous avez vu en physiologie, que le cerveau ne prend pas toujours connaissance de tout ce qui se passe dans la machine humaine, et qu'à côté de la vie intellectuelle et volontaire, fonction du cerveau, existe la vie végétative, fonction de la moelle. C'est dans la substance grise de cette dernière que siège en grande partie la vie végétative, et bien que la moelle représente les centres nerveux secondaires, c'est tout de même un centre dont il ne faut pas méconnaître l'importance. Comme le dit si bien

Fig. III.— Les lésions qui s'établissent sur le parcours de ces voies, soit par traumatisme, soit par hémorrhagie ou sclérose, sont susceptibles de provoquer des dégénérescences progressives qui seront ascendantes sur les voies sensitives, et descendantes sur les voies motrices. Certaines inflammations des nerfs périphériques peuvent entrer dans la moelle par les racines postérieures.

van Gehuchten dans ses leçons, "la moelle épinière est le centre typique des mouvements réflexes dans leur forme la plus simple, c'est-à-dire des réactions inconscientes et involontaires, immédiates, inévitables, et pour ainsi dire fatales aux excitations venant de la périphérie." Elle préside à la vie de la bête, et les actes involon-

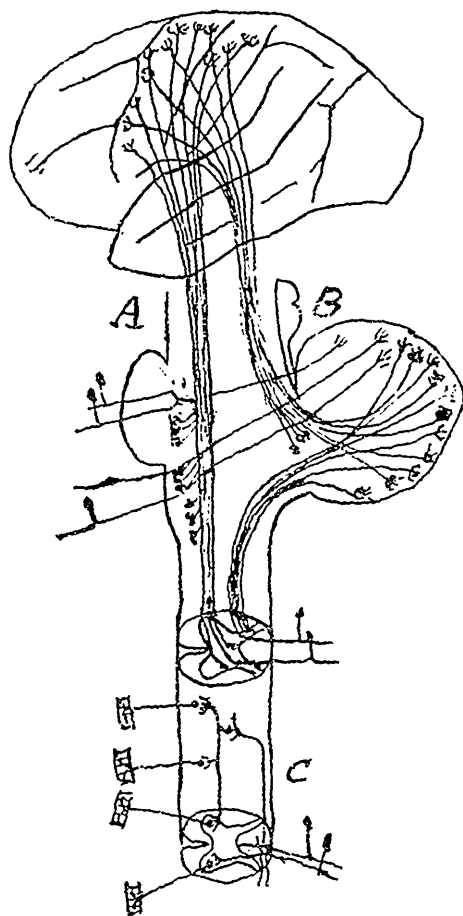


FIG. IV.—Dédoulement des voies centrales de la moelle, (schéma de van Gehuchten) A.—Voie cérébrale principale. B.—Voie cérébelleuse secondaire. C.—Une voie courte médullaire.

naires, secondaires, mais importants tout de même, de la vie végétative, la respiration, les mouvements du cœur, la défécation, la tonicité des muscles et des sphinctères, ont tous leur siège dans l'axe spinal, les uns déterminés, les autres diffus. Ces sièges portent en physiologie le nom de centres spinaux et bulbaires.

Ces centres restent toujours reliés, remarquez-le bien, aux autres

centres nerveux, et en particulier à ceux du cerveau, qui peut à certains moments prendre sur eux un contrôle relatif, mais ils n'en sont pas moins des centres indépendants. On les définit : un groupe d'éléments de la substance grise, servant à relier entre elles un certain nombre de fibres nerveuses, de façon à provoquer, à la suite de certaines excitations, une action synergique, coordonnée, d'une forme spéciale, de la part de certains muscles.

Aussi nous verrons, en étudiant les maladies du système nerveux, les lésions des centres spinaux et bulbaires faire apparaître des symptômes d'une gravité exceptionnelle. C'est ainsi que la paralysie bulbaire progressive mettra souvent en danger la vie du malade en provoquant une gêne considérable de la déglutition, des palpitations du cœur exagérées et de l'asphyxie ; c'est ainsi que la paralysie des sphinctères assombriera toujours le pronostic dans les lésions de la moelle ; c'est enfin pourquoi l'abolition du réflexe tendineux sera l'un des meilleurs signes cliniques que l'intégrité de l'axe réflexe a été touchée quelque part.

La tonicité musculaire, cette légère innervation continue qui a pour effet de maintenir tous les muscles légèrement contractés, a aussi son point de départ dans la moelle, et nous verrons que parfois les muscles atoniques offrent aux courants électriques une réaction particulière caractérisée surtout par sa lenteur.

L'incoordination des mouvements ne doit pas être rapportée à une lésion de la substance grise, car il s'agit alors d'un défaut de transmission, ou bien du sens tactile par les cordons postérieurs (ataxie), ou le faisceau cérébelleux, ou bien de la volonté par les faisceaux pyramidaux (sclérose en plaques). Les lésions de la substance grise ne jouent un rôle vraiment prépondérant que dans deux maladies bien caractéristiques : la paralysie musculaire progressive et la syringomyélie. (1)

Mais ici il faut bien fixer nos notions de topographie. Vous savez que le canal de l'épendyme parcourt la moelle épinière dans toute sa longueur. Eh bien, la substance grise de la moelle, suivant qu'elle est placée en avant ou en arrière du canal, est motrice ou sensitive. (Fig. VII). En arrière, elle constitue le point de terminaison des fibres sensitives venant de la périphérie en avant, on y trouve les cellules d'origine, des fibres motrices qui se rendent à la périphérie. Et il y a en outre ceci de particulier, c'est que les cellules des cornes antérieures sont non-seulement le point d'origine des fibres motrices des-

(1) La paralysie spinale infantile est réservée au cours de pédiatrie, comme d'ailleurs toutes les maladies nerveuses spéciales à l'enfance.

tinées à activer les muscles, mais elle sont encore pour ceux-ci des cellules trophiques qui président à leur nutrition. De sorte que la lésion des cornes antérieures amène comme conséquence fatale, à côté de la paralysie, l'atrophie musculaire, comme nous le voyons dans la maladie si curieuse décrite par Aran-Duchenne sous le nom de paralysie musculaire progressive.

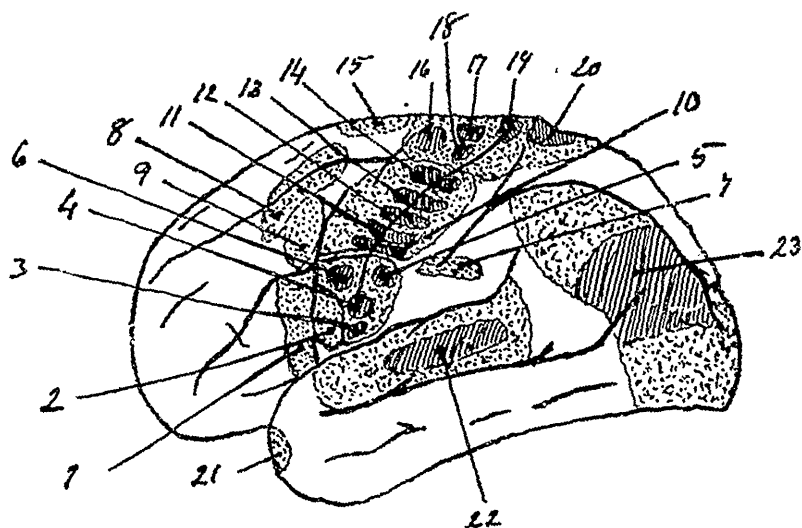


FIG. V.—Zones motrices et sensibles de l'hémisphère cérébral gauche. (Les zones sont indiquées en pointillé, les localisations pathologiques en noir). Sur l'hémisphère cérébral droit, les zones motrices des membres sont les mêmes. [Tracé de E. Blin].

I.—LOCALISATIONS MOTRICES. 1.—Aphasie motrice 2.—Larynx. 3.—Langue. 4.—Bouche. 5.—Facial inférieur. 6.—Facial supérieur. 7.—Mouvements des globes oculaires. 8.—Mouvements conjugués de la tête et des yeux. 9.—Agraphie. 10.—Pouce. 11.—Doigts. 12.—Poignet. 13.—Coude. 14.—Épaule. 15.—Tronc. 16.—Cuisse. 17.—Genou. 18.—Cheville. 19.—Gros orteils. 20.—Petits orteils.

II.—LOCALISATIONS SENSIBLES.—21.—Goût. 22.—Audition et surdité verbale. 23.—Vision et cécité verbale.

Les cornes postérieures transmettent la sensibilité. Mais ici encore il y a ceci de particulier, c'est que, tandis que les cordons postérieurs transmettent d'une manière plus spéciale la sensibilité tactile, les cellules des cornes postérieures transmettent surtout la sensibilité à la douleur, et la sensibilité thermique. De sorte que, lorsque la substance grise postérieure est lésée en arrière du canal de l'épendyme, comme nous le voyons dans la syringomyélie, le malade est insensible à la douleur, et à la chaleur, mais il s'aper-

çoit très bien quand on le touche ; c'est ce phénomène que l'on a appelé en clinique la dissociation de la sensibilité.

Il arrive quelquefois que les lésions des cordons de la moelle se propagent par continuité à la substance grise centrale. C'est ainsi que la sclérose des cordons latéraux peut atteindre les cornes antérieures, et l'on voit alors les phénomènes spastiques de la sclérose s'accompagner d'atrophie musculaire et donner naissance à la sclérose latérale amyotrophique. De même le tabès, qui est une lésion des cordons postérieurs, peut envahir la substance grise située en arrière du canal de l'épendyme et donner la dissociation de la sensibilité qu'on ne voit habituellement que dans la syringomyélie.

L'étude des cordons de la moelle nous fera encore mieux comprendre toutes ces choses.

La substance blanche.

(La moelle épinière comme organe de transmission.)

En effet, la moelle est rarement atteinte dans ses œuvres vives, sauf, bien entendu, les quelques exceptions que nous venons de voir, et c'est, la plupart du temps, comme organe de transmission que la moelle épinière est malade. Aussi l'étude des cordons de la moelle, qui servent à former les voies longues et les voies courtes, offre-telle un intérêt de premier ordre, puisque c'est sur le parcours de ces voies, des voies longues surtout, que siègeront les lésions.

La substance blanche est donc formée de fibres nerveuses, prolongements cylindraxiles des cellules, et sert essentiellement à la transmission de l'influx nerveux. Mais cet influx nerveux peut être transmis plus ou moins loin. Pour gagner les organes périphériques ou la peau et les muscles, il devra suivre les voies longues, par lesquelles remontent aussi les sensations, et qui sont constituées, d'un côté par les cordons latéraux et postérieurs, les racines antérieures et postérieures, et les nerfs périphériques, de l'autre côté par les nerfs sensoriels : auditif, optique, olfactif. Ces derniers, à cause de leur nature spéciale, ne nous arrêteront pas dans cette étude, qui sera bornée aux fibres ascendantes sensitives et aux fibres descendantes motrices.

À côté de ces voies longues, notons aussi, en passant, qu'il existe dans la moelle et le cerveau des voies courtes, très nombreuses, constituées par des commissures blanches d'une part, par le faisceau fondamental de la moelle d'autre part, et qui servent à relier l'un à l'autre les différents étages de la moelle et les divers centres de la

substance grise. C'est par ces voies que passent les actions réflexes et inconscientes, et leur rôle en pathologie n'est guère apparent.

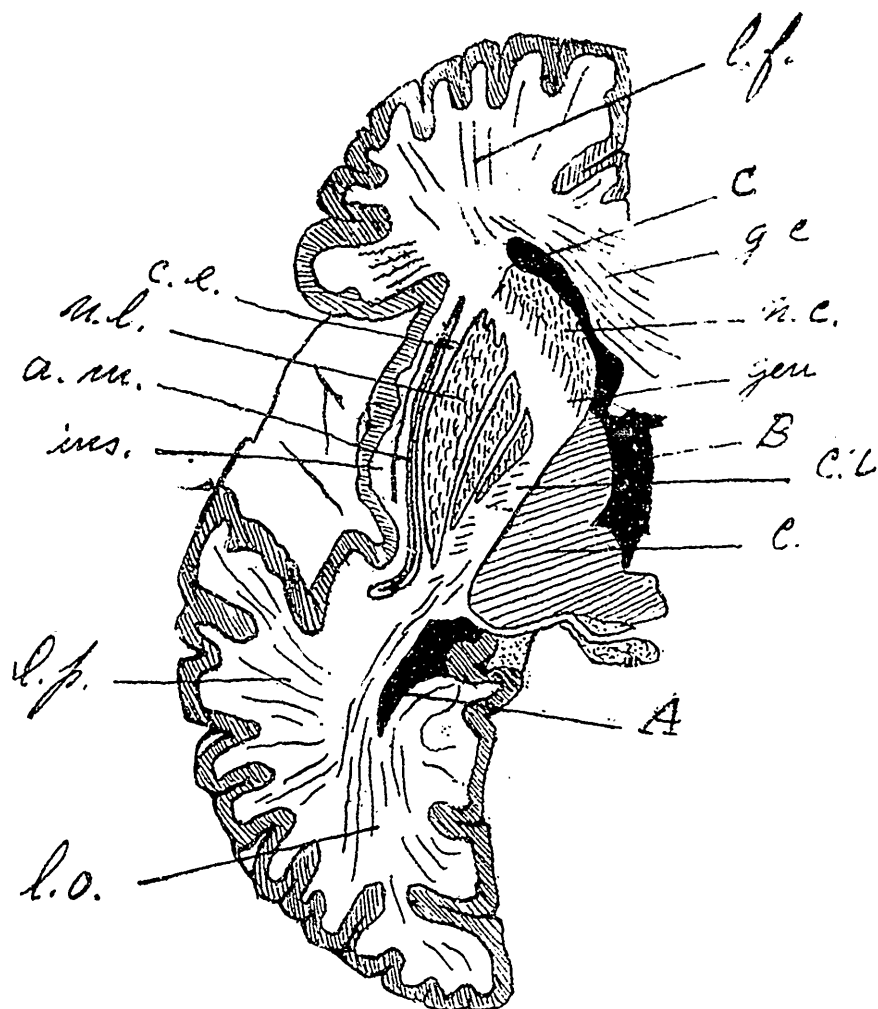


FIG. VI.—Coupe horizontale de l'hémisphère gauche montrant la place occupée par la capsule interne (d'après Obersteiner). l. f.—Lobe frontal. n. c.—Noyau caudé. ins.—Insula de Reil. a. m.—Avant mur. c. e.—Capsule externe. n. l.—Noyau lenticulaire. c. i.—Capsule interne. gen.—Genou de la capsule. c. o.—Couche optique. l. p.—Lobe pariétal. l. o.—Lobe occipital. g. c.—Genou du corps calleux. A.—Prolongement occipital du ventricule latéral. B.—3^e ventricule. C.—Prolongement frontal du ventricule latéral.

NOTE.—Les fibres de la partie antérieure de la capsule interne s'épuisent dans le cerveau ; les fibres de la partie postérieure, à partir du genou, descendent jusque dans la moelle.

Avant d'étudier les voies longues en détail, il faut bien se rappeler que, complètement séparées au point de vue fonctionnel, elles sont dans certains cas mixtes au point de vue anatomique, et que ce qui les caractérise avant tout, c'est leur direction ascendante ou descendante. La plupart des troncs nerveux sont composés de fibres sensibles et motrices qui ne se séparent que pour entrer dans la moelle par leur racine respective (postérieure ou antérieure), et occuper alors, il est vrai, une place bien déterminée, mais qui permet cependant d'établir, par des prolongements collatéraux, des ramifications récurrentes. Bien souvent aussi on pourra trouver, dans un même groupe de fibres, des fonctions légèrement différenciées.

Le fait a son importance au point de vue pathologique. Non seulement il permet de s'expliquer la solidarité des divers centres nerveux qui s'influencent mutuellement, mais encore il nous donne l'explication de certains symptômes. Par exemple, il est permis de considérer chaque segment de la moelle comme une station vers laquelle convergent des fibres cutanées, qui nous fournissent nos sensations les plus nettes, et des fibres viscérales, qui ne nous fournissent que des sensations très vagues. Or, comme le fait si bien remarquer Waller, (1) "les excitations viscérales suffisamment intenses pour ébranler un segment spinal peuvent produire une hyperesthésie et même une vraie douleur dans une région de la peau desservie par les fibres cutanées de ce même segment; de sorte que la localisation d'une telle hyperesthésie cutanée peut, par conséquent, servir d'indice de la localisation d'une maladie viscérale." Vous aurez souvent l'occasion de noter ce phénomène dans les maladies des organes de l'abdomen.

Pour le moment, nous nous contenterons de mettre ensemble les diverses espèces de fibres qui composent les voies longues, et nous dirons : toutes les fibres nerveuses ascendantes (fibres sensibles cutanées en grand nombre, fibres viscérales, fibres musculaires) passent par la racine postérieure, dont la section amène une paralysie sensitive; toutes les fibres nerveuses descendantes (fibres motrices des muscles striés en grand nombre, fibres vaso-motrices, fibres viscéro-motrices, fibres pilo-motrices, fibres inhibitrices) passent par la racine antérieure, dont la section produit une paralysie motrice.

Les voies périphériques ou nerfs sensitifs ou moteurs.

Comme organe de transmission, la moelle épinière donne donc passage à des ébranlements nerveux qui se dirigent en sens inverse :

(1) Waller.—Éléments de physiologie humaine —Masson, 1898.

les uns de nature sensitive, se dirigent vers l'écorce cérébrale, et sont par conséquent ascendants; les autres, de nature motrice, descendent jusque dans les organes périphériques. Nous avons donc deux voies bien distinctes, la voie sensitive et la voie motrice, et ces deux voies doivent nécessairement, pour parcourir tout leur trajet, cheminer pour une partie dans les centres nerveux (moelle et cerveau), et pour une partie en dehors de ces centres. C'est cette dernière partie qu'on appelle la voie périphérique. Mais comme la voie périphérique n'a pas, au point de vue de la pathologie interne, la même importance que la voie centrale, nous ne nous y arrêterons qu'un instant.

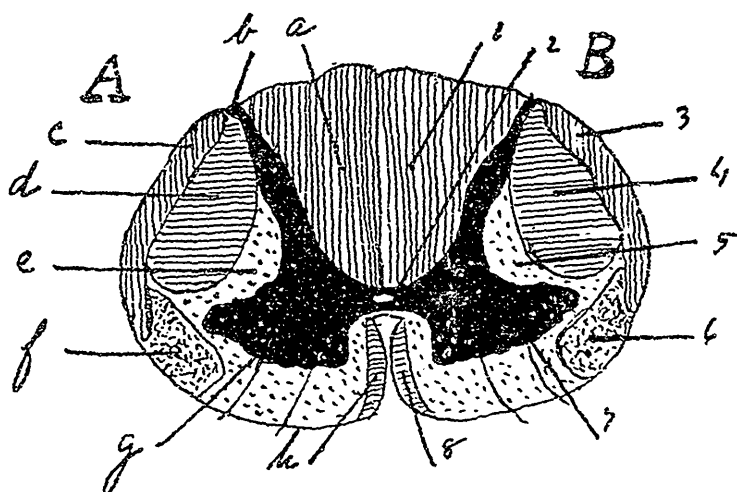


FIG. VII.—Faisceaux de la substance blanche (d'après van Gehuchten).

- A.—PHYSIOLOGIE —*a*.—Cordon postérieur (qui se divise en certaines parties en faisceaux de Goll et de Burdach), par où montent au cerveau, dans la moelle, les sensations tactiles.
- b*.—Racines postérieures de la substance grise, point d'arrivée des sensations périphériques, et voie de transmission des sensations douloureuse et thermique.
- c*.—Faisceau cérébelleux, chargé de porter au cervelet une partie des impressions sensitives; *e*, faisceau fondamental, et *f*, faisceau de Gowers, où s'entre-croisent toutes les voies courtes servant aux actes réflexes de la moelle.
- d*.—Faisceau pyramidal croisé, voie principale de la transmission des actes volontaires vers les racines antérieures.
- g*.—Racines antérieures de la substance grise, point de départ de la voie motrice périphérique, et centre trophique des muscles.
- h*.—Faisceau pyramidal direct (faisceau de Turek), chargé de porter vers les racines antérieures, du même côté, les actes volontaires, mais communiquant le long de la moelle avec le côté opposé par l'entremise de la commissure blanche antérieure.

La *foie périphérique* est toujours une voie directe établie entre les organes périphériques et les cornes antérieures ou postérieures de la substance grise, qui peuvent au besoin faire subir à la transmission nerveuse un temps d'arrêt. Elle amène, aux racines postérieures, les sensations perçues dans les organes périphériques : la peau, les muqueuses, les séreuses, les muscles, les os, le périoste. Elle transmet aux muscles viscéraux et aux muscles locomoteurs les ordres conscients ou inconscients reçus des cornes antérieures, et venant du cerveau, du bulbe et des centres spinaux. Cette première voie est contrôlée, pour la voie motrice, par les cellules des cornes antérieures, situées dans la moelle, et pour la voie sensitive, par les cellules des ganglions spinaux, *situés en dehors de la moelle.* (Fig. III).

J'attire votre attention sur ce dernier fait. Les cellules des ganglions spinaux situées sur le trajet des racines postérieures, en dehors de la moelle, envoient un prolongement protoplasmatique pour recueillir les sensations à la périphérie, et un prolongement cylindrique pour les transmettre aux cornes postérieures. Ceci vous explique pourquoi la section des racines postérieures, faite entre la moelle et le ganglion, n'amène pas la mort du nerf sensitif périphérique, qui n'est pas séparé de son centre trophique, mais détermine au contraire la dégénérescence ascendante de la partie qui pénètre dans la moelle.

Par contre, nous verrons que la lésion des cornes antérieures qui détermine la paralysie musculaire progressive est généralement suivie de l'atrophie de la racine antérieure, quelquefois même du nerf moteur, et l'impotence fonctionnelle du muscle innervé en est le résultat immédiat, tandis que dans la maladie de Thomsen, où la lésion siège à la plaque terminale intra-musculaire du nerf moteur, le nerf lui-même demeure absolument indemne, et la raideur des muscles qui caractérise le début des mouvements finit par disparaître lorsque ceux-ci persistent.

B.—PATHOLOGIE.—I.—La sclérose du *cordon postérieur* détermine des troubles sensitifs et de l'ataxie (ataxie locomotrice).

2.—La lésion de la *substance grise postérieure* cause des troubles sensitifs qui se caractérisent par une dissociation de la sensibilité (syringomyélie).

3, 5, 6.—Le rôle pathologique des *faisceaux cérébelleux, fondamentaux et de Gowers* n'est pas encore suffisamment déterminé.

4.—La sclérose du *faisceau pyramidal croisé* produit de la paralysie avec contracture quand la lésion est complète (hémiplegie postérieure aux lésions cérébrales), et du tremblement intentionnel quand la lésion est limitée (sclérose en plaques).

7.—La lésion des *cornes antérieures* se traduit cliniquement par de la paralysie périphérique accompagnée d'atrophie musculaire progressive (maladie d'Aran Duchenne).

8.—La sclérose du *faisceau pyramidal direct* est une dégénérescence consécutive aux lésions cérébrales et se rencontre comme celle du faisceau croisé (4) chez les hémiplegiques avancés.

Mais ces voies périphériques, je le répète, ne sont pour les centres nerveux que des voies d'apport et de décharge, rarement lésées, et c'est dans les centres nerveux eux-mêmes que l'étude des voies de transmission devient intéressante et utile pour la localisation des lésions et la compréhension des symptômes des maladies nerveuses. Du moins ceci peut s'appliquer sans erreur aux 31 paires fournies par les colonnes antérieures et postérieures de la substance

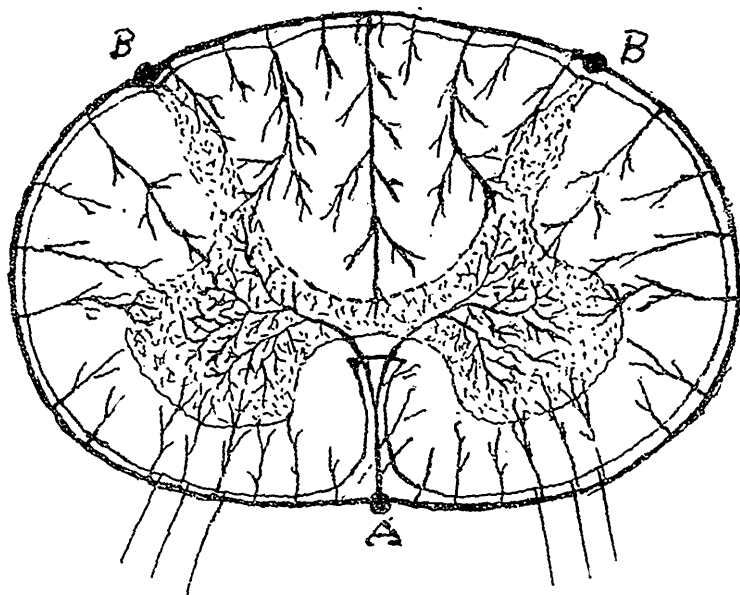


FIG. VIII.—Schéma des branches terminales du plexus artériel de la pie-mère (d'après van Gehuchten).

A.—Artère spinale antérieure

B, B.—Artères spinales postérieures. Ces trois artères sont reliées autour de la moelle par un cercle qui représente le plexus artériel de la pie-mère, véritable réseau qui entoure la moelle et fournit à la substance blanche un grand nombre d'artères terminales. La substance grise, très active, est abondamment nourrie par les artères du sillon, branches de la spinale antérieure qui se jettent tantôt à droite, tantôt à gauche. (Par convention, le schéma représente cette artère du sillon médian comme étant double). On a calculé qu'il existe en moyenne, sur toute la longueur de la moelle, 200 de ces artères centrales.

grise (nerfs spinaux). Quant aux nerfs cérébraux, qui ont des fonctions spéciales, et des noyaux d'origine indépendants (nerfs olfactif, optique, acoustique, oculo-moteurs, pathétique, etc.), leur rôle pathologique, qui est certes beaucoup plus fréquent, est tellement spécialisé, qu'il vaut mieux, pour ne pas nuire à la clarté de cette première leçon, les laisser complètement de côté, et nous contenter

d'étudier seulement les voies longues sensibles et motrices de la moelle et du cerveau.

Les voies centrales ou cordons de la moelle.

Tout comme les voies périphériques, les voies centrales se divisent en voie ascendante ou sensitive et voie descendante ou motrice. Mais elles offrent ceci de particulier, et qui les différencie complètement des voies périphériques, c'est qu'elles sont croisées, c'est-à-dire qu'après avoir cheminé un certain temps dans la moelle, elles passent dans la partie opposée de l'axe nerveux. De sorte que les sensations perçues à droite sont reçues à gauche, et les actes volontaires partis de gauche exécutés à droite, ou *vice versa*. L'entrecroisement des fibres des voies droite et gauche se fait au niveau de la protubérance annulaire. D'ailleurs ce fait anatomique vous est bien connu, et vous savez que l'hémorragie cérébrale gauche détermine de l'hémiplégie droite.

Mais en médecine comme en grammaire, les règles sont souvent confirmées par des exceptions, et nous verrons tout à l'heure que si le faisceau pyramidal, qui constitue la plus grande partie de la voie motrice, est croisé, les actes volontaires peuvent cependant descendre par une voie directe moins importante que la voie croisée, mais suffisante cependant pour jouer un rôle marqué : je veux dire le faisceau de Turk ou faisceau pyramidal direct. D'après certains auteurs, ces deux faisceaux directs pourraient communiquer, le long de la moelle, par l'entremise de la commissure blanche antérieure. Il y a donc là toutes les probabilités d'une voie de suppléance possible.

L'entrecroisement, tout le long de la moelle, des fibres sensibles postérieures, si elle n'est pas prouvée anatomiquement, semble du moins l'être par l'observation clinique. En effet, la section d'une moitié, gauche ou droite, de la moelle donne lieu au syndrome de Brown-Séguar : paralysie directe et anesthésie croisée, qui est l'un des meilleurs signes cliniques d'une lésion médullaire, qu'il s'agisse d'une lésion traumatique (fracture, luxation, hémorragie, balles de révolver, instrument tranchant) ou d'un processus inflammatoire (myélite diffuse, syphilomes). Or, s'il est facile de comprendre que l'interruption de la voie motrice, qui dans la moelle tombe au-dessous du point d'entrecroisement, produit une paralysie de la partie sous-jacente, et par conséquent directe, on ne peut guère admettre que l'interruption d'une voie sensitive, au-dessous de son point

d'entrecroisement dans la protubérance, puisse empêcher la marche ascendante des sensations *du côté opposé* s'il n'y a pas eu déjà d'établies dans la moelle avec ce même côté des communications sensibles. C'est ce qu'admettait Brown-Séguard lui-même; c'est ce qu'affirment encore aujourd'hui les professeurs Brissaud et Grasset. Mais je le répète, la confirmation anatomique de ce fait clinique, fort discuté par quelques auteurs, n'a pas encore été établie, et il appartiendra peut-être à quelqu'un de vous, messieurs, de la réaliser dans des recherches futures de laboratoire.

1° *La voie sensitive centrale.*

Les impressions sensibles cheminent dans les cordons postérieurs de la moelle, du moins pour la plus grande partie des impressions tactiles, et ces cordons composent la voie longue par excellence. Mais il ne faut pas oublier que le faisceau cérébelleux et le faisceau fondamental des cordons latéraux, alimentés par la substance grise postérieure, jouent un rôle considérable dans la transmissions des sensations douloureuses et du sens musculaire.

C'est d'ailleurs dans les cellules des cornes postérieures, point d'arrivée des neurones périphériques, que prennent naissance les prolongements cylindraxiles ascendants qui, remontant par les cordons postérieurs, s'entrecroisent au niveau de la protubérance, et vont décharger leurs impressions sensibles dans les régions de l'écorce cérébrale où se trouvent les cellules d'origine des fibres de la voie motrice, c'est-à-dire dans les circonvolutions qui entourent la scissure de Rolando. La voie sensitive de *Fleischzig* et la zone motrice de *Charcot* sont contiguës dans le même hémisphère.

Il est fort probable cependant que ces fibres sensibles, avant d'atteindre l'écorce cérébrale, subissent un relai dans la couche optique. C'est ce qu'a soutenu *von Monakow*, et monsieur et madame *Déjérine* ont démontré, dans leurs recherches anatomo-pathologiques, que la dégénérescence ascendante de ces fibres s'arrête précisément dans la couche optique, qui est aussi le point de collection des impressions sensibles secondaires. En effet, nous avons vu que certaines sensations sont transmises par le faisceau cérébelleux des cordons latéraux. Ce faisceau compose la voie sensitive secondaire, qui ne se rend pas à l'écorce cérébrale directement par la couche optique, mais se dirige d'abord dans la substance grise du cervelet qui, lui, est relié par une voie croisée à la couche optique et à l'écorce cérébrale. (Fig. IV). C'est là du moins l'opinion de *van Gehuchten*.

Cette voie cérébelleuse est très complexe, et sert surtout, de de même que les communications intra-médullaires, aux fonctions inconscientes et aux actes réflexes. La voie croisée cérébro-cérébelleuse nous explique ce fait pathologique que l'atrophie considérable d'un hémisphère cérébral est toujours accompagnée d'une atrophie de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé.

2° *La voie motrice centrale.*

Le point d'origine, dans l'écorce cérébrale, des fibres motrices, ou zone de Charcot, a une importance de premier ordre en pathologie, car il est nettement déterminé. La zone motrice est située autour de la scissure de Rolando, et correspond à l'écorce grise de la circonvolution centrale antérieure, de la circonvolution centrale postérieure, du lobule para-central et de la partie voisine des circonvolutions frontales. Et même cette zone se divise en zones plus restreintes et très précises. Le tiers inférieur de la circonvolution centrale antérieure sert de centre aux fibres motrices qui vont se terminer dans le noyau du facial inférieur et dans le noyau de l'hypoglosse. Au tiers moyen des deux circonvolutions centrales se trouve le centre d'origine des nerfs moteurs du bras. De la partie supérieure des deux circonvolutions centrales et du lobule paracentral originent les fibres motrices de la jambe. Enfin vous savez tous que le centre du langage est situé au tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche, comme l'a si bien démontré Broca, et que toute lésion de ce centre de premier ordre entraîne immédiatement l'aphasie. C'est cette localisation si bien déterminée qui rend relativement facile le diagnostic de certaines tumeurs cérébrales. (Fig. V).

Les cellules motrices, situées dans la substance grise, envoient dans l'écorce leurs prolongements protoplasmiques, et tous les prolongements cylindraxiles, pour descendre, sont obligés de passer par la capsule interne, située entre le corps strié et la couche optique. C'est dans ce territoire si important que se font les hémorragies cérébrales, et si vous gardez bien en mémoire vos notions de géographie médicale, vous comprendrez facilement pourquoi le corps humain, atteint dans une de ses œuvres vives, voit rapidement toute une moitié de son anatomie compromise dans sa vitalité. Retenez bien ce fait, que j'aurai l'occasion de développer plus longuement dans des leçons subséquentes.

Cette capsule interne doit être connue dans tous ses détails, et je vous engage à bien l'étudier dans vos auteurs. Vous verrez que

non seulement les fibres motrices, mais que toutes les fibres d'un hémisphère doivent passer par elle ; et vous pourrez constater sur une coupe horizontale que les fibres qui passent dans le genou de la capsule (faisceau géniculé) servent à former le nerf hypoglosse et le facial inférieur, que les fibres qui passent dans la partie postérieure du segment lenticulaire (faisceau pyramidal) vont se terminer aux noyaux d'origine des nerfs moteurs de la moelle allongée et de la moelle épinière, et qu'enfin les fibres sensibles passent dans la partie tout à fait postérieure de la capsule. Ceci vous montre que, suivant sa gravité et son siège, l'hémorragie cérébrale intercepte la transmission motrice (en tout ou en partie), la transmission sensitive, ou les deux à la fois. (Fig. VI).

Après avoir traversé la capsule interne, les fibres motrices principales passent par le pied du pédoncule cérébral, la partie ventrale de la protubérance annulaire, la face antérieure de la moelle allongée, et, descendant dans la moelle épinière par le faisceau pyramidal croisé et le faisceau pyramidal direct, vont se terminer dans les cornes antérieures de la substance grise, près des cellules qui donnent naissance aux nerfs moteurs périphériques. (Fig. III).

Les fibres motrices de la voie cérébelleuse se séparent de la voie principale dans le pont de Varole pour se terminer, par des ramifications libres, dans les masses grises qui constituent les noyaux du pont, dont les prolongements cylindriques se terminent à leur tour dans l'écorce grise cérébelleuse du côté opposé. L'écorce cérébelleuse de son côté est reliée aux cellules radiculaires des cornes antérieures de la moelle par des fibres descendantes dont le trajet n'a pas encore été établi (van Gehuchten).

Les localisations de la moelle.

Connaissant le fonctionnement de la moelle épinière et les diverses voies de la transmission nerveuse, nous pouvons maintenant dresser la carte géographique d'une section transversale de la moelle, ce qui nous permettra de nous renseigner en un coup d'œil sur le siège des lésions des maladies nerveuses et sur les symptômes qui en découlent nécessairement. C'est cette carte surtout, Messieurs, que je vous prie de copier dans votre mémoire et de garder par devers vous, car dans les trente ou quarante leçons qui vont suivre, j'y aurai très fréquemment recours, et je m'en servirai toujours pour vous indiquer la localisation de telle ou telle maladie en particulier. (Fig. VII).

Cette carte me permettra de vous démontrer, par exemple, que la sclérose de l'ataxie locomotrice, venant détruire les prolongements cylindraxiles des ganglions spinaux dans les cordons postérieurs, supprime du même coup la principale voie des sensations tactiles, et produit, en outre des symptômes douloureux spéciaux, la démarche ataxique, due à l'altération du sens musculaire. Et nous verrons quelques uns des symptômes du tabès apparaître dans la paralysie générale progressive, la sclérose en plaques, la maladie de Freidreich, la syringomyélie, la méningite spinale, lorsque l'inflammation s'est propagée jusque dans les cordons postérieurs.

Je pourrai aussi vous faire voir la dégénérescence des faisceaux pyramidaux, ou faisceaux moteurs descendants de la moelle, provoquant, lorsqu'elle est complète comme dans la dégénérescence tardive des hémiplégiques, une irritation motrice qui se traduit par de la contracture, et quand elle est incomplète comme dans la sclérose en plaques, un trouble de la motilité qui se traduit par du tremblement dans les mouvements volontaires. Et la paralysie générale, la myélite diffuse, la compression de la moelle, en touchant les faisceaux pyramidaux, pourront produire des symptômes analogues.

L'atrophie musculaire survenant d'emblée attirera tout de suite notre attention sur les cellules trophiques des cornes antérieures de la substance grise, tandis que la dissociation de la sensibilité et l'anesthésie, survenant sans symptômes tabétiques, nous feront penser à une lésion de la substance grise postérieure avec intégrité des cordons blancs sensitifs.

Lorsque, au cours de certaines maladies nerveuses, nous verrons certaines sensibilités ou certains mouvements demeurer intacts, ou du moins rester possibles dans une certaine mesure, malgré des lésions spinales assez étendues, nous n'en serons pas trop étonnés, sachant que la commissure blanche antérieure et le faisceau fondamental offrent de nombreuses voies courtes qui peuvent servir à la suppléance, dans une certaine mesure, des fonctions mises en danger.

Enfin, ayant présente à l'esprit l'existence d'une voie cérébrale principale et d'une voie cérébelleuse secondaire, nous saurons avec connaissance de cause pourquoi une lésion qui supprime les deux voies détermine une paralysie complète, tandis qu'une lésion qui n'atteint que la voie cérébrale ou la voie cérébelleuse ne produira qu'une démarche spasmodique ou qu'une démarche titubante, mais sans paralysie. C'est que, dans le dernier cas, l'influence de la

volonté se fait encore sentir par celle des deux voies qui est demeurée intacte.

L'étiologie des maladies de la moelle.

Je termine, Messieurs, cette leçon déjà longue par une dernière notion anatomique, mais non pas, certes, l'une des moins importantes.

Si vous jetez un coup d'œil sur les artères nourricières de la moelle, vous verrez qu'elles sont fournies par le plexus artériel de la pie mère formé par les ramifications des artères spinales postérieures et antérieures, du moins pour la substance blanche, et que la substance grise est surtout irriguée par une branche de l'artère spinale antérieure. Mais ce qui attirera tout de suite votre attention, c'est que ces artères de la moelle, très nombreuses, sont toutes terminales, et que, par conséquent, les anastomoses et les circulations collatérales sont impossibles. (Fig. VIII).

Vous comprenez toute l'importance de ce fait anatomique au point de vue des lésions, et combien, dans ces conditions, leur réparation devient difficile. Le pronostic des maladies de la moelle épinière, j'entends des maladies chroniques à forme sclérosique, est toujours très grave, puisque la lésion n'a aucune tendance à guérir, mais suit au contraire une marche envahissante. Le terrain frappé de sclérose demeure irrémédiablement compromis. Les cas sont rares de guérison dans le tabès, la sclérose en plaques, la paralysie musculaire progressive, la syringomyélie, la paralysie générale, etc... Tandis que dans les maladies franchement inflammatoires, la myélite aiguë et les méningites, on aura des symptômes graves, de l'infiltration des tissus, de la suppuration même, mais la guérison sera souvent possible, car le microbe pathogène demeure isolé dans un vaste champ d'irrigation, et les émonctoires pourront souvent suffire à l'élimination des toxines.

D'ailleurs je me hâte d'ajouter que les maladies de la moelle ne sont pas en général d'origine microbienne, mais d'origine toxique. Et ici encore le fait anatomique conserve son importance, car l'on peut supposer avec raison que les principes toxiques ont plus de chance d'agir sur des artères terminales et le tissu qui les environne que partout ailleurs. Aussi trouve-t-on, à l'origine de la plupart des maladies nerveuses, les deux causes habituelles suivantes : d'abord un défaut de résistance du tissu nerveux, et cette faiblesse spéciale, le plus souvent héréditaire, peut être acquise, ensuite une intoxication de l'organisme, (et c'est là la cause déterminante,) soit par l'alcool, le plomb

et les toxines alimentaires, soit par les maladies infectieuses générales, au premier rang desquelles il faut placer la syphilis, la fièvre typhoïde et la diphtérie.

Cette gravité de la lésion des artères terminales, nous la retrouverons, bien plus évidente encore, dans le cerveau, où nous verrons l'embolie de l'artère sylvienne déterminer le ramollissement d'un centre important de l'écorce, et la rupture de l'anévrisme miliaire de l'artère lenticulo-striée inonder la capsule interne et la couche optique et produire, quand elle ne tue pas en quelques heures le malade, une dégénérescence progressive qui s'étend jusqu'à la moelle.

Telles sont, Messieurs, les données générales qu'il était nécessaire de bien établir avant d'aborder en détail l'étude des maladies du système nerveux. Ainsi placés sur les hauteurs de l'anatomie physiologique, nous avons embrassé d'un seul coup d'œil le terrain à parcourir, et nous pouvons maintenant nous avancer d'un pas plus sûr dans les sentiers difficiles de la pathologie nerveuse.

CLAUDE PAYSAN.

Par le Dr CHOQUETTE.

Avez-vous lu Claude Paysan, le dernier roman du Dr Choquette? Voilà, comme on dit en France, un produit du terroir. Et bien caractéristique; on s'y reconnaît. La campagne canadienne, avec ses champs et rivières, la saison des semailles, le temps des labours, la moisson, les veillées d'hiver, la passée du prêtre dans le chemin creux, la mère de Claude, Petit Jean et sa lignette, tout cela est bien de chez nous. Et l'on s'y intéresse, de même qu'à l'amour silencieux, indécis de Claude, de même qu'à cette succession lente des saisons qui n'amènent rien de nouveaux. C'est si bien là la vie du sol, du paysan, tous deux soumis aux mêmes lois. Leduc a illustré cette histoire simple par des dessins d'une variété extraordinaire: c'est la vallée du Richelieu telle que chacun l'a vue.

Il faut lire ce livre, écrit et illustré par deux talents sincères, qui s'efforcent avant toute chose d'être vrais, naturels et canadiens. Vous verrez qu'ils y ont réussi.

E. P. B.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par J. Albert LESAGE, M. D.

De la Faculté de Paris.

Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

(*Suite et fin*).

Méthode hydrothérapique.

Nous l'avons vu jusqu'à présent, il n'est presque pas de médication nouvelle dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les fondateurs de la médecine ont vu, comme les maîtres actuels, les avantages ou les inconvénients de chaque méthode, ils en ont même posé les indications ou les contre-indications dans les différentes formes que nous avons signalées à votre attention au cours de ce travail. Comme le dit si bien le Dr Triaire dans son histoire de la Médecine (1) " dans l'immense révolution qu'accomplit depuis ses origines l'esprit humain autour de la maladie, il a successivement vu et entrevu, expérimenté et délaissé, pris et repris la plupart des agents de guérison ; ce qui a manqué aux anciens médecins, c'est non l'acuité de la clairvoyance, ou le génie de l'observation qu'ils ont possédé à un degré extrême ; ce sont plutôt les moyens de perfectionner leurs découvertes et, d'en tirer un utile parti." Nous verrons combien sont vraies ces paroles empruntées à l'historien érudit que je viens de citer, lorsque nous ferons l'histoire du traitement de la fièvre par les bains froids ou par la méthode dite de Brand. Pour l'instant, nous étudierons des méthodes spéciales d'hydrothérapie qui sont ou ont été préconisées par quelques-uns des maîtres actuels de la médecine.

1° *Hydrothérapie tiède* ou méthode de Bouchard.

Aux antiseptiques intestinaux le professeur Bouchard associe l'usage des bains tièdes progressivement refroidis. Son but est de prévenir ainsi tout choc nerveux par une constriction trop précipitée des vaisseaux et une perte de colorique trop forte dans un temps donné. La température initiale du bain est inférieure de 2 degrés

(1) Récamier et ses contemporains.— J. B. Baillièrre et Fils, Paris, 1899.

C. à celle du malade. L'eau est refroidie graduellement d'un dixième de degré par minute jusqu'à 30 degrés C. ; jamais au-dessous ; le malade séjourne ainsi une heure ou une heure et demie dans le bain. Ziemssen préconise la même méthode, mais la température initiale est inférieure à celle du malade de 5° à 6° C. Le malade prend ainsi huit bains par jour dès le début de sa maladie, et il les continue jusqu'à complète guérison quand les oscillations se font entre 37° et 38° C. La statistique a donné des chiffres favorables variant de 6 à 10 0/0 de mortalité là où auparavant ils étaient de 16 à 24 0/0. Cette méthode trouve son application rationnelle chez les vieillards, chez les malades pusillanimes, aux périodes avancées de la maladie dans les formes adynamiques, et enfin dans les cas d'affaiblissement extrême du muscle cardiaque.

2° *Hydrothérapie mixte.*

Lotions froides.—C'est la méthode préconisée par Jaccoud. Toutes les 2 ou 3 heures et durant un espace de temps variant entre 5 et 10 minutes on fait par tout le corps des applications d'eau vinaigrée froide avec une grosse éponge. A ces lotions, qui suffisent généralement dans les cas bénins, Jaccoud associe la quinine et l'acide salicylique suivant la méthode exposée plus haut. Le point difficile est de savoir à l'avance si le cas sera bénin !..... Les méthodes mixtes allemandes diffèrent peu entre elles.

Liebermeister donne le bain froid dès que la température rectale dépasse 39° C. et il le prolonge durant dix minutes. De plus, tous les deux jours il donne 1 gr. 50 à 3 grammes de quinine le soir pour diminuer le nombre de bains.

Juerguersen donne également le bain froid toutes les fois que la température atteint 40° C. Le bain dure 5 à 15 minutes suivant la gravité des cas et le résultat obtenu séance tenante. Il emploie aussi la quinine.

3° *L'Hydrothérapie pure.*—C'est la méthode favorite aujourd'hui ; celle que vous connaissez, que vous conseillez, que vous pratiquez ou même que vous craignez et n'osez mettre en œuvre.

J'ai dit il y a un instant qu'il n'y avait pas pour ainsi dire de médication nouvelle ; voyons jusqu'à quel point la chose est vraie sur ce fait particulier.

Les historiens actuels affirment que Hippocrate traitait l'érysipèle par les bains froids ; aucune règle fixe n'était posée, mais on peut dire à coup sûr qu'il en avait noté les bons effets. Après lui, Galien observe que l'eau froide porte au mieux les malades atteints

de fièvres continues. Musa, médecin à Rome en l'an I de l'ère chrétienne traite le typhus par l'eau froide. Les médecins arabes la mirent en pratique chez eux ; puis, le silence se fit à ce sujet jusqu'au 18^{me} siècle ou Currie l'introduisit dans sa pratique à titre personnel. Nous voyons qu'à cette époque (1798-1804, à Milan) il traite les scarlatines par les *affusions froides* de la façon suivante : durant un laps de temps variant de 2 à 5 minutes on laisse tomber sur le malade placé dans une baignoire un jet d'eau froide de 10° C. à 15° C. et d'une hauteur de 2 pieds à peu près ; un aide fait une friction énergique sur les parties—têtes et épaules—tout en observant attentivement la réaction chez le malade. Dès que le frisson apparaît, on le porte dans son lit et on le couvre légèrement. Le calme se rétablit, le malade se sent à l'aise. On obtenait ainsi un abaissement de 1° très souvent. Un peu plus tard un autre médecin italien, Giannini, n'hésite pas à plonger ses malades dans un bain d'eau froide chaque fois que, chez ses fébricitants, il observe des signes d'agitation, de délire, de sécheresse de la langue et des lèvres. Il en obtient de très bons effets.

Vers la même époque, nous voyons un médecin français illustre préconiser le bain froid dans les fièvres, particulièrement la fièvre typhoïde, tant dans sa clientèle privée qu'à l'hôpital—l'Hôtel-Dieu—auquel il était attaché ; je veux parler de *Récamier*.

Ici, Messieurs, il importe de remonter aux origines de cette méthode qui a suscité tant de discussions avant d'être appliquée couramment pour enfin être consacrée comme une "méthode allemande." Malgré toute l'admiration que nous puissions avoir pour l'esprit scientifique des allemands, nous ne devons rien abdiquer des idées françaises, si anciennes soient-elles et si oubliés soient-ils des générations actuelles les noms de ceux qui en furent les premiers et les dignes représentants.

Pour nous, qui n'avons aucune dette de reconnaissance à acquitter envers les allemands, nous oublierons un instant—pour y revenir plus tard—les succès que cette méthode a donnés à un médecin de Stettin qui l'appliquait couramment dans un hôpital rempli de malades étrangers—les prisonniers de 1870 ;—nous taisons également les *surprises* d'un jeune étudiant Lyonnais de ce temps-là (Glénard) en face des idées humanitaires d'un allemand à l'égard des soldats français et son enthousiasme grandissant au fur et à mesure des succès obtenus à la suite d'un traitement ignoré en France. Nous oublierons tout cela pour un instant et nous remonterons aux premières années du siècle présent en évoquant au passage le souvenir de ceux

qui jetèrent les bases de la médecine contemporaine et qui firent briller d'un si vif éclat la science médicale française. Nous verrons comment une *méthode française* a pu immigrer en Allemagne où elle y fut naturalisée, puis, importée en France en 1871 où on lui fit un très mauvais accueil, sans compter les luttes incessantes qu'il a fallu soutenir de toute part pour lui acquérir un droit de cité et l'identifier pour ainsi dire avec la fièvre typhoïde. (1)

Après la disparition en France, des Facultés et des collèges de chirurgie ordonnée par la convention du 8 août 1792 et 1793, l'enseignement médical avait disparu, comme tout enseignement supérieur, du reste, sous prétexte que ces foyers intellectuels étaient ou pouvaient devenir un danger pour la république naissante. Malgré la valeur incontestable des maîtres de ce temps-là, la révocation devint un fait accompli et la médecine fut considérée comme une arme facile à manier pour tout *citoyen* qui put se prévaloir d'un stage de quelques mois comme étudiant dans le bureau d'un médecin quelconque ou même simplement d'un service de quelques années comme valet de pied chez M. X... professeur justement célèbre !

Le charlatanisme avait désormais ses coudées franches, et l'anarchie la plus complète succéda à l'esprit méthodique des maîtres qui avaient fondé et dirigé avec un esprit jaloux des institutions médicales depuis longtemps florissantes. Cependant, on s'aperçut bientôt qu'il manquait une roue au char de la République alors en guerre avec presque toutes les nations de l'Europe : les armées étaient décimées par les épidémies de toutes sortes, la santé publique était menacée dans les grands centres. On s' alarma, et en 1794 trois grands médecins, Fourcroy, Thouret et Chaussier, proposèrent et firent adopter un projet de reconstitution qui est en somme "le cadre primitif des institutions françaises actuelles."

Les résultats ne se firent pas attendre ; de partout, on vit surgir des hommes de talent supérieur qui s'entourèrent d'élèves distingués et s'animèrent du désir de "montrer à l'Europe que le génie scientifique de la France n'avait pas sombré au milieu des ruines amoncelées par la Révolution." Parmi eux, je nomme les plus célèbres, ce sont Fourcroy, Chaussier, Dubois, Corvisart, Chopart, Larrey, Desault, Pinel, etc. C'est à l'école de ces maîtres que se formèrent les médecins les plus illustres de la première moitié de ce siècle, entre autres Laennec, Bayle, Dupuytren, Bretonneau, Bichat, Broussais, Récamier, Beaudelocque, etc. Ces noms sont tous familiers aux médecins d'aujourd'hui ou du moins à ceux qui lisent et qui ont

(1) Dr Triaire.

encore le culte des aïeux ; aussi leur esprit d'innovation fut tel, et l'œuvre accomplie si grande malgré les faibles ressources dont ils disposaient, que nous ne devons pas être surpris de trouver chez eux des méthodes que nous considérons comme nouvelles aujourd'hui et qui, cependant, étaient appliquées couramment en ce temps-là. Il a manqué à ces maîtres la voix autorisée des journaux pour répandre et vulgariser des idées qui ont fait fortune depuis, mais qui sont nées bien avant leurs pères actuels.

Récamier, en France, fut *le premier* qui employa les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Nous voyons qu'en 1813, un de ses élèves, Pavet de Courteille, publia une thèse importante sur le sujet ayant pour titre, *des immersions et des affusions froides*.

Avant cette date, Récamier en 1811, s'était déjà appliqué à lui-même ce traitement, et l'effet obtenu avait été si favorable qu'il n'hésita plus à le recommander et même à l'établir couramment à l'Hôtel-Dieu. Nous voyons Récamier, le premier, donner la préférence à l'immersion contre les affusions, et le premier aussi, observer les effets du bain sur le pouls qu'il fait baisser de 120 à 72,—dans son observation sur lui-même—et sur les téguments qui n'offraient pas l'aspect caractéristique du frisson—(chair de poule). Il signale aussi son action sur la sécrétion rénale en notant que la polyurie se rencontre fréquemment chez certains typhiques baignés. À ce sujet, je cite textuellement un auteur autorisé afin de vous instruire sur une méthode qui peut soutenir la comparaison avec la méthode actuelle :

Observation —Il s'agit d'une jeune fille de douze ans atteinte d'une affection qui est manifestement une fièvre typhoïde. Récamier, appelé en consultation, propose le traitement par les bains froids qui est accepté. Notons comment il donne ces bains. La malade est observée *nuit et jour*, et à *chaque paroxysme fébrile* le bain est administré. La température de l'eau et la durée du bain sont proportionnées à l'intensité de la fièvre et à la violence des symptômes qui l'accompagnent ; ainsi, dès les débuts, les bains sont fréquents et l'eau plus froide, tandis qu'à la fin de la maladie, au moment où les symptômes apparaissent atténués ou enrayés, les bains sont moins répétés et la température de l'eau plus élevée.

Cette lutte contre l'hyperthermie se poursuit sans relâche, et, à la fin de la maladie qui a duré trente jours *la malade a pris 91 bains*. Les traits caractéristiques de la méthode de Brand, continue le même auteur, c'est-à-dire de la méthode contemporaine abondent dans cette observation. Récamier emploie le bain froid à l'exclusion de toute

autre médication, il fait des affusions froides sur la tête pendant le bain. Ayant en vue l'hyperthermie, il ne cesse pas les bains quand le délire et les troubles ont disparu. Il sait comme nous que le retour d'un paroxysme peut ramener de graves accidents et il continue la méthode réfrigérante tant que la fièvre persiste. Il ne baigne les malades ni pendant le frisson, ni pendant la transpiration et pour juger de l'action produite, il recommande de mesurer la chaleur fébrile après le bain.....

Telles sont, Messieurs, les règles que Récamier avait posées longtemps même avant que Brand fut né à la vie scientifique. "On le voit, continue le Dr Triaire, ce grand observateur ne nous a laissé sur ce point, comme tant d'autres, rien à apprendre et les principes de la méthode qu'il a posés, les règles d'administration des bains qu'il a établies sont bien celles que Brand, et après lui l'école de Lyon ont rendues classiques. Nouvelle et manifeste preuve relevée à chaque page—dans l'histoire de la médecine générale—de l'origine française de la plupart des découvertes. Mais, comme la plupart de ses plus brillantes initiatives, les contemporains critiquèrent la méthode de Récamier. Malgré ses succès, ou à cause de ses succès—car l'esprit médical est le même à toutes les générations—ils la considérèrent comme des plus hasardeuses, et, à une époque qui n'est pas encore très éloignée de nous, on ne citait les guérisons qu'il obtint par les bains froids, dans les fièvres typhoïdes, que comme le résultat inespéré d'heureuses hardiesses."

Voilà, Messieurs, une page qui est à lire toute entière. Elle nous instruit sur un fait d'histoire et elle servira à plusieurs, comme à moi-même, pour corriger des erreurs de date.

"Les règles que Récamier pose de la médication réfrigérante sont identiques à celle que Brand a fait prévaloir dans la thérapeutique contemporaine, et, quand on relit les nombreuses observations que les thèses et les journaux du temps ont publiées sur ce sujet, on est forcé de croire que Brand s'est inspiré des travaux de Récamier et a adopté sans grande modification les principes de sa méthode." (1)

Ces lignes écrites par un auteur documenté, me dispensent de tout commentaire, et je suis trop heureux—vous le serez sans doute avec moi—de pouvoir revendiquer hautement comme *une méthode française* celle de traiter la fièvre typhoïde par les bains froids.

Je prie mon ami le Dr Benoit d'accepter mes remerciements pour avoir bien voulu mettre à ma disposition la monographie his-

(1) Dr Triaire.—Récamier et ses contemporains (J.-B. Baillière et Fils, 1899.

torique remarquablement intéressante et instructive de M. le Dr Triaire. L'ouvrage fait grand honneur à l'auteur comme à la littérature médicale et les faits rapportés sont tous à la gloire de la médecine française d'autrefois comme à l'enseignement des générations actuelles. Ces deux raisons suffisent pour nous engager à lire cette page d'histoire ignorée d'un trop grand nombre!.....

Malgré ses succès, Récamier n'eut que de très rares imitateurs en France. En 1847, un modeste médecin de campagne, Jacques eut le mérite de montrer les bons effets de la réfrigération dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il faisait des applications froides, des enveloppements, des affusions, prescrivait des boissons froides, toutes les dix minutes ou toutes les demi-heures suivant l'intensité de la fièvre. Sa statistique, publiée dans le temps, portant sur 313 malades en 15 années, donne 19 morts, soit une mortalité de 6 0/0. Voilà une statistique importante et qui prouve bien que les médecins de ce temps-là avaient analysé minutieusement les effets du bain froid et en avaient saisi les indications.

En 1861, nous voyons la méthode réfrigérante exploitée en Allemagne, à Stettin, par Brand. A cette époque il emploie surtout le bain tiède avec affusions froides et massage dans le bain. Il perfectionne peu à peu sa méthode et en 1877, il pose sa formule : *refroidir et nourrir*. On peut l'exprimer plus clairement en prenant la formule de Juhel-Renoy qui est la suivante : *Toutes les trois heures, jour et nuit, si le malade a 39° de température rectale, le baigner pendant un quart d'heure dans l'eau à 22° degrés pour les premiers bains et à 18° pour les bains suivants*. D'autre part Brand insiste sur la nécessité de nourrir son malade. Glénard, qui a introduit la méthode en France en 1871, formule ainsi, d'après Brand, le régime alimentaire du typhique. Après chaque bain, aliment liquide tiède ($\frac{1}{4}$ de litre) composé soit de lait, café, thé, chocolat très étendu de lait, soit de potages clairs, de gruau, topioca, vermicelle, très cuits, soit enfin de bouillons de veau, de mouton, poulet, *dégraissés à froid*; boire une gorgée d'eau tous les quarts d'heure, si le malade ne dort pas, vin de Bordeaux, de Malaga, un demi litre (une chopine) par jour, par fractions au moment des repas.

Telle est toute la formule exprimée dans les deux alinéas précédents. Elle équivaut à dire, que toute fièvre typhoïde traitée méthodiquement et dès le début par l'eau froide sera, en général exempte de complications; elle guérira.

La formule générale comporte cependant quelques explications.

Tous les typhiques, en effet, doivent être baignés, car, si la méthode agit favorablement dans les cas graves surtout, elle favorise également les cas simples qui auraient peut-être guéris sans elle mais qui en bénéficient quand même dans une large mesure. D'ailleurs, il n'y a aucun signe qui nous permette à l'avance de dire qu'une fièvre sera bénigne ou maligne; en conséquence nous devons prévenir les complications fréquentes qui l'accompagnent et nous devons compter avec elles dans chaque cas qui se présente à notre observation. Il en est de même pour la limite de trois heures assignée au renouvellement du bain. A ce moment les effets calmants sont disparus et le malade relève la courbe thermique avec tous les signes qui l'accompagnent jour et nuit. On a beaucoup discuté sur le moment opportun d'appliquer les bains. Les uns veulent que le diagnostic soit parfaitement posé; les autres au contraire prétendent que cela n'est pas nécessaire.

En général, on donne trois jours de grâce avant d'appliquer les bains froids, et il est rare qu'on agisse avant; les statistiques au contraire s'accordent pour donner le 5e ou le 6e jour comme la date ordinaire à leur emploi. Mais, même à cette date, le diagnostic est le plus souvent incertain. Devons-nous diminuer nos chances de succès dans ces cas et attendre un signe positif pour agir?... la majorité des auteurs répondent par la négative. Si, disent-ils, c'est un embarras gastrique à allure grave, il sera guéri après six ou huit bains; si c'est une pneumonie, comme il s'agit d'une pneumo-typhoïde, puisqu'on hésitait sur le diagnostic, l'expérience prouve que les bains froids sont précisément le traitement de choix. Enfin, si c'est une tuberculose à forme typhoïde, il se peut que le diagnostic ne puisse se préciser de longtemps; le patient mourra, quoiqu'on fasse; les bains froids lui enlèveront au moins la céphalalgie. De plus, il faut prolonger le bain *durant 15 minutes*, car il est prouvé que nous n'obtenons qu'au bout de ce temps un abaissement de 1°, le seul efficace dans l'espèce. Il ne faut pas se laisser effrayer par le frisson de 9 ou 10 premières minutes, l'abaissement ne commence qu'à partir de ce temps.

La technique du bain est fort simple. On place près du lit du malade une baignoire recouverte d'un drap; on y verse au trois quart une eau froide qui reste là même durant tout le jour, à moins qu'elle ne soit souillée, et toutes les trois heures on y plonge le malade en lui recommandant d'éviter tout mouvement inutile qui pourrait être dangereux. A ce moment on commence les affusions sur le thorax, la tête, suivies de frictions et de massage: on recommence

la même opération au milieu et à la fin du bain, on conseille au malade de boire un demi ou un verre d'eau froide au milieu du bain. Le temps étant expiré, on essuie rapidement le malade avec un drap sec et on le transporte dans son lit ou on l'enveloppe dans une couverture de laine "une boule d'eau chaude aux pieds." Le frisson peut continuer durant quelques minutes, mais une sensation de bien être le suit bientôt engageant le malade à dormir : le moment est bien choisi pour lui faire avaler un liquide nutritif quelconque.

Les effets de ce bain sont connus de tous ceux qui l'ont appliqué. Les symptômes d'agitation et de délire diminuent ou même disparaissent complètement après quelques bains ; la langue et les lèvres sont humides, la soif est moins vive. Le pouls est moins fréquent, la diurèse augmente dans des proportions considérables.—et vous en connaissez déjà les bons effets—l'intelligence est moins embarrassée et la dénutrition est moins vive. En un mot la marche de la maladie est améliorée au point d'annuler presque la convalescence dans les cas bénins. L'hyperthermie une fois vaincue, la dégénérescence se fait graduellement. A ce propos, je citerai les travaux de MM. Tripier et Bouveret qui ont trois types principaux d'hyperthermie.

1° Les formes *légères* dans lesquelles la température s'abaisse chaque jour de trois à cinq dixième de degré pour arriver à la normale. La courbe figure un escalier.

2° Les formes *moyennes* dans lesquelles il y a lutte au début ; la température ne monte plus avec le bain, mais reste stationnaire, c'est l'incertain se traduisant par un plateau précédant la chute.

3° Les formes *intenses* ; "la résistance à la réfrigération est encore plus grande que dans les formes moyennes et les tracés thermométriques présentent trois périodes : 1° la période de la lutte contre la fièvre, pendant laquelle la courbe des moyennes est à 39.5 et au-dessous ; 2° une deuxième période que Brand désigne sous le nom d'apyrexie relative, pendant laquelle l'état général étant bon, la courbe des moyennes est aux environs de 39° ; elle peut durer deux à trois semaines ; 3° la période de défervescence ; dans ces formes intenses, le nombre de bains peut être de quatre-vingt, cent vingt et même deux cent" (Merklen).

Les contre-indications existent peu nombreuses. Je les nomme rapidement. Toute *lésion cardiaque non compensée* doit nous faire rejeter le bain froid ; la méthode de Bouchard leur sied mieux.

Les hémorragies intestinales tardives, la péritonite, la pleurésie, la phthisie confirmée sont également des contre-indications sérieuses.

L'hystérie ne contre-indique les bains froids que s'ils provoquent des crises convulsives.

Il faut agir avec prudence dans *l'âge avancé*, surtout si le malade est un artério-scléreux. Cependant, je dois ajouter que Brand n'hésite pas à baigner ses malades jusqu'à 50 ans si le muscle cardiaque est en bon état.

Les enfants supportent très bien le bain à condition que l'on ne pousse pas trop loin la réfrigération qui pourrait amener le collapsus.

La pneumonie tardive est également une contre-indication au bain à cause de l'affaiblissement cardiaque qu'elle entraîne.

A part cela il convient de signaler les affections anciennes du cerveau ou de la moelle. Le médecin devra juger de la situation. Cependant, il arrive aussi qu'une simple *hastilité* à la réfrigération devienne une cause sérieuse à son emploi; c'est une affaire de discernement et le jugement du médecin ne devra pas se laisser prendre en défaut, car si le devoir s'impose, les susceptibilités doivent être ménagées, mais elles dégagent d'autant la responsabilité sur les complications qui pourraient surgir.

Suivant M. Chantemesse les affections nommées ci-dessous ne contre-indiquent aucunement l'usage du bain froid. Ils l'indiquent au contraire, ce sont : l'état de grossesse, la menstruation, l'état puerpéral (non compliqué de péritonite), l'allaitement, l'obésité, l'alcoolisme, les attaques aiguës de rhumatisme ou de goutte, la bronchite et les accidents thoraciques, en particulier la pneumonie et la broncho-pneumonie du début, les épistaxis, les hémoptysies, les hémorragies intestinales du premier septenaire, l'albuminurie par néphrite infectieuse.

Ces complications du début deviennent à *la fin* pour la plupart des contre-indications, et si le bain froid est contre-indiqué c'est qu'il faut ménager le choc nerveux chez un malade affaibli déjà par une longue maladie. L'obésité, très prononcée, serait suivant nous une contre-indication, car la dégénérescence graisseuse du cœur, fréquente dans ces cas, pourrait favoriser la syncope.

J'en ai dit suffisamment, je pense, pour vous prouver l'importance de la méthode. Je vous demande la permission de passer au chapitre de la statistique générale.

Résultat comparatif des méthodes.—En France et en Angleterre, de 1866 à 1882, Jaccoud et Murchison donnent un taux de mortalité allant de 20 à 21.5 0/0. C'est l'époque de l'expectation et des purgatifs. De 1882 à 1888, la médication antipyrétique jointe aux

lotions froides fait baisser le taux à 14 et même 10.83 0/0 (Jaccoud). De 1889 à 1893, Juhel-Renoy publie un rapport de 227 cas de fièvres typhoïdes traitées exclusivement par les bains froids avec un taux de mortalité baissé à 7.92 0/0.

L'école de Lyon donne les mêmes résultats. La méthode des bains froids réduit de 26 0/0 à 7.3 0/0 le taux de la mortalité.

En Suisse, Liebermester obtient le même succès. Les médicaments (purgatifs) et l'expectation atteignent 26 0/0 de mortalité. Ce chiffre baisse avec l'antipyrine à 16 0/0 pour atteindre enfin 8 0/0 avec la réfrigération.

En Autriche, on parvient à porter le chiffre à 3.8 0/0 de mortalité.

En Allemagne, l'époque antérieure à Brand donne des chiffres équivalents à ceux que je viens de citer. Dès que la méthode est appliquée nous avons 11 0/0 de mortalité. Ce chiffre baisse rapidement durant les années suivantes, à 9 et 4 0/0 pour atteindre celui de 0 à 1 0/0 dans la clientèle privée de Brand.

Un état comparatif des deux armées française et allemande, fait par Glénard, établit les chiffres suivants : 2600 observations relevées dans l'armée française donnent 30 0/0 de mortalité, 1400 dans l'armée allemande atteignant à peine 10 0/0. L'expectation était la méthode française, la réfrigération était la méthode allemande. En 1887, Brand a réuni une statistique sur 19017 cas avec une mortalité de 7.8 0/0.

En Canada, l'hôpital Victoria a publié une statistique de 408 cas de 1894 à 1898 avec 18 morts donnant un taux de 4.4 0/0, sur ce chiffre la proportion compte pour 1.4 0/0.

Voici le tableau comparatif des différentes années pris dans les rapports annuels de cet hôpital depuis sa fondation. La méthode par les bains froids est d'un emploi courant, c'est la routine à l'hôpital.

	Nombre de cas	Morts	Pourcentage de la mortalité.
1894.....	84.....	3.....	3.5 0/0
1895.....	84.....	4.....	4.7
1896.....	72.....	0.....	0.0
1897.....	75.....	7.....	9.3
1898.....	93.....	4.....	4.3
	408	18	4.4

Ces chiffres sont éloquentes et disent mieux que tous les développements ou commentaires. Il vous sera facile de tirer les conclusions

en comparant les chiffres mentionnés ci-dessus qui sont des bains froids avec ceux donnés ci-dessous qui sont des anciennes méthodes.

A l'hôpital Notre-Dame.—L'usage du bain froid est tenu en discrédit, aussi nous voyons une mortalité de 24 0/0 dans le rapport de 1897-98. L'application qu'on en a faite au cours de l'été 1898 a donné des résultats médiocres précisément parce qu'on se dispensait de donner les bains la nuit. Et nous avons vu qu'il est urgent de les continuer sans interruption ; vous avez ici une preuve que ce principe est fondamental.

Voici le rapport complet depuis la fondation de l'hôpital en 1880.

	Nombre de cas admis	Morts	Percentage de la mortalité.
1880-81	9.....	1.....	11 0/0
1881-82.....	19.....	3.....	16 0/0
1882-83.....	24.....	0.....	0
1883-84.....	14.....	3.....	21.4 0/0
1884-85.....	35.....	3.....	8.5 0/0
1885-86.....	39.....	5.....	12.8 0/0
1886-87.....	30.....	5.....	16.6 0/0
1887-88.....	47.....	10.....	21.3 0/0
1888-89.....	59.....	4.....	6.9 0/0
1889-90.....	51.....	5.....	9.8 0/0
1890-91.....	38.....	4.....	10 0/0
1891-92.....	20.....	4.....	20 0/0
1892-93.....	23.....	3.....	13 0/0
1893-94.....	28.....	7.....	25 0/0
1894-95.....	19.....	3.....	16 0/0
1895-96.....	49.....	9.....	18 0/0
1896-97.....	37.....	5.....	13 0/0
1897-98.....	42.....	10.....	24 0/0
Total.....	583	Total.....	84

Ce qui donne une mortalité globale de 14.4 0/0.

Après cet exposé succinct nous sommes en droit de conclure que le bain froid est incontestablement *supérieur à toute autre méthode* employée jusqu'ici dans le traitement de la fièvre typhoïde. On pourrait peut-être lui reprocher d'être empirique, mais le succès lui a acquis la confiance de la majorité des médecins et nous ne pouvons la lui retirer pour une simple question d'empirisme ou de systématisation. D'ailleurs, il ne faudrait pas chercher bien loin pour être en droit de poser la même objection à la plupart des médications

héroïques que nous employons tous les jours. Qui peut dire comment et pourquoi la quinine agit si bien dans les fièvres paludéennes ?..... Comment et pourquoi le mercure fait disparaître si vite les accidents rapprochés ou éloignés de la syphilis ?..... et néanmoins tous s'accordent à les prescrire et à en signaler les bons effets.

Vouloir expliquer l'action du bain froid est déjà difficile. Son action sur les téguments cutanés augmenterait la sécrétion rénale par action réflexe sur l'innervation vaso-motrice du rein ; aussi voyons-nous la quantité des urines rester élevée durant tout le cours de la maladie et atteindre quelquefois six à sept litres par 24 heures. Nul doute que cette polyurie favorise au plus haut point l'élimination des toxines et diminue ainsi les chances de complications imminentes. Ce serait là, dit Vinay, son "*cachet original*." Ce caractère renferme peut-être tout le secret de la remarquable action du bain froid, car, dit Chantemesse : "ce n'est pas du seul abaissement thermique que le traitement tire ses bons effets ; il s'oppose efficacement à l'intoxication du malade."

Ainsi, il est démontré que la réfrigération est la meilleure méthode et nous devons l'accepter comme telle. "C'est une grande conquête thérapeutique, dit Glénard ; il ne faut pas laisser périliter cette méthode, car le traitement des bains froids est une de ces armes précieuses, trop rares, qui rendent le médecin maître de la maladie et qui lui donnent courage dans l'accomplissement de sa haute mission humanitaire."

La fièvre typhoïde chez les enfants.—Le bain à 20° n'est pas nécessaire et est même souvent très difficile d'emploi à cause des répugnances de l'enfant et des hésitations des parents. Une eau à 30° suffit généralement à cause de la bénignité ordinaire de la maladie chez eux. Au surplus, nous pouvons remplacer le bain froid par le bain tiède progressivement refroidi. Ailleurs nous pouvons aussi instituer le traitement par les affusions et les bains d'éponge avec de l'eau vinaigrée répétés toutes les deux heures, et favoriser la diurèse par des *boissons abondantes*. Une hygiène bien comprise comblera les lacunes et le régime déjà conseillé conduiront le petit malade à une convalescence heureuse.

Chez les vieillards, le bain froid est formellement contre-indiqué. L'artério-sclérose généralisée est assez fréquente dans le jeune âge pour qu'elle nous engage à compter avec elle à un âge avancé. Aux vieillards il faut épargner tout choc et il est certain que l'eau froide en prodnirait un chez le plus grand nombre. Il y a lieu d'appliquer

aux vieillards la formule qui convient aux enfants. Le bain progressivement refroidi est recommandé par les auteurs autorisés. Les bains d'éponge agissent aussi favorablement. Mais tenons-nous en éveil ; la myocardite scléreuse est souvent la compagne d'infortune d'un cœur qui a beaucoup..... travaillé. Aussi, il faut être prêt à prévenir tout affaiblissement par les toniques généraux,—alcool, vin, alimentation appropriée—ou spéciaux, caféine et spartéine.

L'état de grossesse doit bénéficier des avantages du bain froid à cause des dangers que la fièvre typhoïde fait courir 1° à l'enfant en provoquant l'avortement dans les deux tiers des cas ; 2° à la mère en favorisant au plus haut point durant les couches les infections secondaires, surtout streptococciques. On essaiera donc de prévenir l'avortement par le *bain froid initial*. Il est prouvé que ses effets sont favorables à ce double point de vue. Des observations ont été rapportées où des femmes enceintes, traitées par le bain froid, ont pu conduire jusqu'à terme une grossesse de quatre mois (Chapuis, Tripier et Bouveret, Roudet). Les résultats ne sont pas toujours favorables au fœtus, mais du moins ils éloignent les complications pour la mère. Lorsque l'avortement a lieu,—ordinairement vers le 2e ou le 3e septennaire—il faut continuer quand même le bain froid, avec une eau antiseptisée par les poudres *d'acide borique* ou de *naphтол*. Des injections vaginales seront répétées matin et soir avec le *bichlorure de mercure* à 1 pour 4000. De plus, toute menace d'infection devra être éloignée s'il y a lieu par des injections intra-utérines continuées jusqu'à cessation de tout symptôme alarmant.

Traitement des complications.

L'hémorrhagie intestinale est évidemment la complication la plus fréquente. Cependant, il est nécessaire de l'envisager à deux époques différentes de la maladie à cause du pronostic également différent qu'elle comporte dans les deux cas.

Au début elle est moins grave ; c'est le symptôme objectif d'une congestion intestinale intense. Elle cède généralement à la suite des applications d'eau froide ou de vessies glacées sur l'abdomen, jointes à l'ingestion de boissons glacées abondantes et à de grands lavements d'eau froide antiseptique. Le *bain froid peut et doit être continué*.

L'entérorragie tardive est plus grave. Elle apparaît le plus souvent sur la fin du deuxième ou au commencement du troisième septennaire, et elle vient confirmer fréquemment le diagnostic de "fièvre

typhoïde à forme hémorrhagique” que des épistaxis répétées avaient déjà fait pressentir au médecin.” Il est urgent alors d'avertir la famille sur la gravité exceptionnelle de la situation et d'instituer un traitement énergique.

1° Suppression momentanée des bains froids et des lavements.

2° Application de vessies glacées sur l'abdomen, et ingestion en petite quantité d'eau vineuse très froide.

3° Immobilité absolue.

4° Injection sous-cutanée de 20 cc. à 40 cc. d'ergotine Tanret ou d'ergotine d'Yvon.

5° Si ces moyens ne donnent pas de résultat satisfaisant, nous n'hésitons pas à conseiller des injections sous-cutanées—région abdominale—*de sérum gélatinisé*.

J'ai déjà eu l'occasion de vous en signaler les bons effets dans d'autres cas (1) et notre distingué confrère M. le Dr Hervieux (2) a rapporté déjà deux ou trois observations, dont une surtout est remarquable par l'effet rapide obtenu.

Dans nos observations nous nous étions servi d'une solution titrée comme suit :

Eau bouillie.....	1000 grammes (1 pinte)
Chlorure de sodium.....	7 —

A cette solution, nous avons ajouté 50 grammes de gélatine blanche soigneusement lavée.

La dose injectée avait été de 80 cc. en deux fois dans notre cas. Cette dose avait suffi, mais nous aurions pu la porter à 100 grammes sans inconvénients.

Plus tard, M. le Dr Hervieux s'est servi d'une solution plus faible chez ses typhiques ; il formule comme suit :

Eau bouillie.....	1 litre (1 pinte)
Sel de cuisine.....	10 grammes à p.p.
Gélatine.....	15 —

Après dissolution, il injecte 60 c.c. dans le flanc droit le premier jour et 40 c.c. les deux jours suivants. Les succès obtenus sont de nature à nous engager à suivre cette pratique dans les cas graves. Pour notre part nous y sommes déterminé par l'observation que nous en avons faite. Nous avons ici réunis les heureux effets du sérum

(1) Voir “Union Médicale” Mars 1899, page 163.

(2) Voir “Union Médicale” Mars 1899, page 167.

artificiel qui tonifie, qui compense les pertes du sang, et de la gélatine qui agit comme hémostatique puissant. Cependant, dans les cas de danger imminent, nous ne devons pas hésiter à pratiquer l'injection intra-veineuse d'eau salée à 10 0/0 qui produit des réactions salutaires et vraiment merveilleuses.....

La perforation intestinale est une autre complication redoutable qui accompagne très souvent l'entérorragie. Les signes qui l'annoncent ont été décrits antérieurement, je n'y reviens pas. Le traitement médical est nul. Il vaut beaucoup mieux l'avouer immédiatement. Tous les conseils que vous pourrez donner, médicalement, le sont dans l'espoir que des adhérences pourront limiter le champ de l'infection péritonéale. L'immobilité absolue, les injections de morphine répétées souvent, l'éther, la caféine, les vessies glacées ne sont que des pis-aller le plus souvent d'aucune utilité. C'est la chirurgie qui devra dire le dernier mot ici après que les médecins seront convaincus de la nécessité de visiter les typhiques gravement atteints en compagnie du chirurgien.

La mortalité à la suite de perforation est évaluée à 90 et 95 0/0 des cas par Murchison. Depuis l'antiseptie, la facilité avec laquelle on pratique la laparatomie exploratrice a permis d'abaisser ce chiffre à 80 0/0. L'intervention chirurgicale serait donc favorable. Le Dr Armstrong, de Montréal (1), analyse une statistique de Westcott où 83 cas ont été opérés pour perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde.

Au-dessous de 15.....	5 cas opérés.....	2 guéris.....	mortalité 60 0/0
De 15 à 25 ans.....	23 " "	3 "	" 83 0/0
De 26 à 35 ans.....	24 " "	5 "	" 80 0/0
Au-delà de 35 ans.....	11 " "	5 "	" 55 0/0

Ces chiffres établissent apparemment la gravité de la perforation au-dessus de 15 ans.

Dans 10 cas opérés par le Dr Armstrong, un seul a guéri. Un deuxième a survécu quatre semaines à l'opération et a succombé à une troisième perforation.

Je laisse les conclusions de côté. Cependant, il semble que l'intervention chirurgicale sera plus favorable au chapitre de la perforation intestinale typhoïdique, aussitôt que la clinique pourra la prévenir par une observation plus minutieuse et des signes plus caractéristiques.

(1) Montreal Medical Journal, Feb. 1899, p. 92.

Les complications pulmonaires exigent une grande prudence. Celles du début, telles que la *bronchite*, la *pneumo-typhoïde* tiennent le plus souvent de l'infection éberthienne ; aussi sont-elles susceptibles de s'améliorer par l'emploi du bain froid, qui nous dispense de toute intervention locale par le vésicatoire : je fais exception cependant pour les ventouses sèches. La pneumonie tardive est plus grave car elle se complique souvent de streptococcie. Le bain froid agira favorablement si le cœur est valide ; le bain *tiède* ou progressivement refroidi agira mieux au contraire dans les cas d'anynamie avec affaiblissement marqué du muscle cardiaque. La pneumonie congestive simple devra être traitée de la même façon ; tout dépend du cœur à cette période avancée de la maladie. Cependant, dans ces cas graves, nous ne devons pas hésiter à faire le lavage du sang par des injections sous-cutanées d'eau salée à 7 0/0 et à doses massives. Cette pratique s'applique à toutes les grandes infections et joue un rôle considérable en diluant largement les toxines accumulées dans l'économie et en favorisant leur élimination par le phénomène de la diurèse.

Les complications cardiaques sont les plus sérieuses, car nous sommes pour ainsi dire désarmés à leur sujet. J'ai eu l'occasion déjà de vous signaler les dangers qui les accompagnent. Nous n'y pouvons rien, si ce n'est de les prévenir autant que possible, de les diagnostiquer au bon moment et de se tenir prêts à toute éventualité. Les stimulants, éther, caféine et spartéine, sont d'un emploi facile et salutaire dans bien des cas, mais il faut compter avec les surprises de la myocardite qui entraîne malheureusement la mort subite trop souvent, et, je le répète, nous n'y pouvons rien !.....

Les complications rénales sont très fréquentes mais ne contre-indiquent nullement le bain froid, pas plus l'hématurie typhoïdique—si bien décrite par Bodin—que l'albuminurie simple. Le régime des albuminuriques vous est connu et me dispense de développements.

La phlegmatia alba-dolens est une des mauvaises surprises de la convalescence. Le repos absolu est de rigueur, même le repos au lit, car il assure l'*immobilité absolue* du membre ; on aura le soin de l'envelopper dans une épaisse couche de ouate et d'attendre patiemment la guérison qui s'opère assez rapidement et sans traitement supplémentaire.

L'alopécie qui accompagne très fréquemment toute fièvre typhoïde est un accident passager : les cheveux repoussent très vite même

sans l'aide d'aucun liniment qu'on est toujours empressé de conseiller aux calvities de tout âge et de toute nature.

Traitement de la convalescence.—Tout se réduit au régime, car il possède la clef du bien-être définitif ou des rechutes alarmantes. Avant tout, il faut se garder d'une alimentation trop précoce et savoir résister aux sollicitations du malade. La faim, aussi mauvaise conseillère en médecine qu'en loi, jointe au succès de la balnéation écartent peut-être trop tôt l'idée d'une complication possible à la suite d'un écart du régime. Il faut faire taire tous *les oracles* qui parlent fréquemment dans l'entourage des malades et diriger sans faiblesse l'alimentation du typhique.

Chez les malades baignés il arrive fréquemment que la sensation de la faim se manifeste avant le retour définitif de la température à la normale.

Au lait, au bouillon et à la limonade vineuse qui constituaient toute l'alimentation, on ajoute les potages légers (topioca, vermicelle). Après trois ou quatre jours d'apyrexie absolue, on peut donner un peu de gelée de viande, un œuf peu cuit. Après le 5e ou le 6e jour on permet du jus de viande, la viande crue finement hachée et passée au tamis, toujours en petite quantité. Un peu plus tard on permet le pain léger et ferme, du poulet, du mouton, deux viandes faciles à digérer, etc.; le médecin observera de très près les réactions, et, au moindre signe d'intolérance il reviendra au régime simple. Nous croyons que ces données suffisent et nous nous arrêterons ici dans l'étude que nous avons faite de la fièvre typhoïde.

Synthèse pathogénique de la maladie—Sorti d'un organisme infecté, nous voyons le *bacille d'Eberth* pénétrer dans l'organisme nouveau par les voies digestives et se cantonner plus généralement dans l'intestin grêle qui le retient au niveau des *plaques de Payer*.

Profitant d'un malaise accidentel, il prolifère dans des proportions colossales, accroît ses propriétés virulentes et attaque la muqueuse intestinale de concert avec le coli-bacille. Il provoque une congestion locale interne, lutte et brise enfin la barrière épithéliale qui s'opposait à sa pénétration dans l'intimité des tissus. Laisant derrière lui, au niveau des follicules agminés, une réserve de forces suffisantes pour continuer le travail déjà commencé *d'élargir la brèche* et de *sécréter des toxines*, il parcourt la voie lymphatique en provoquant de partout des réactions phagocytaires qui tentent d'arrêter sa marche et de neutraliser ses toxines. Les globules blancs augmentent en nombre et en volume, la rate s'hypertrophie, les ganglions mése-

tériques atteignent des proportions relativement très grandes, les follicules amygdaliens sont épaissis, les follicules de la base de la langue sont surélevés. En un mot l'alarme est donnée dans tout le système lymphatique. Il pénètre enfin dans le système vasculaire qu'il parcourt rapidement dans toute son étendue, se cantonnant de préférence dans les endroits les plus faibles.

Aux poumons il provoque des congestions simples ou des pneumo-typhus de concert avec le pneumocoque ; *au cœur* il fait de l'endocardite simple se compliquant quelquefois de souffles pathologiques, de la péricardite avec épanchement, et le plus souvent de la myocardite avec dégénérescence colloïde pouvant amener la mort subite ; *au foie* il favorise, de concert avec le coli-bacille, la destruction des épithéliums canaliculaires et provoque des angiocholites et des cholécystites menaçant pour un instant les fonctions importantes de glycogénie et d'uréogénèse.

Le rein est altéré par les toxines qu'il filtre à la façon d'un Kitasato, des épithéliums tubulaires se desquament et sont entraînés au dehors avec une partie du parenchyme sous forme de cylindres graisseux, colloïdes ou granulo-graisseux ; *l'albumine* passe en plus ou moins grande quantité ; *la vessie* s'irrite au passage de tous ces principes nouveaux, son épithélium se grossit, se desquame également et laisse à nu la couche sous-muqueuse qui saigne et produit la *cystite hémorrhagique*. Ailleurs, il détermine des lésions qui peuvent être suivies d'accidents redoutables. Entraîné par le courant sanguin il pénètre jusque dans les capillaires les plus fins et sous-cutanés où il provoque l'apparition des taches *rosées lenticulaires* ou des épistaxis à répétition ; dans les plus gros vaisseaux, spécialement dans les membres inférieurs, il préside à la formation de *thrombus* qui s'opposent complètement, dans certains cas, au passage du sang. La dénutrition des parties sous-jacentes se poursuit rapidement pour se terminer par la gangrène. Les amputations spontanées ou provoquées, si l'obstruction devient permanente. Les vaisseaux de la couche sous-muqueuse intestinale sont attaqués, s'ils s'ouvrent à intervalles très rapprochés, et causent quelquefois des *hémorrhagies* foudroyantes.

Mais, là ne s'arrête pas le travail de destruction du bacille d'Eberth. Parti de l'intestin, il parcourt le système lymphatique et sanguin et pénètre définitivement dans le *système nerveux* qu'il attaque à la périphérie comme au centre.

À la périphérie, il provoque l'apparition de troubles *sensitivo-moteurs* des plus variés. Les anesthésies et les hypéresthésies se suc-

cèdent tour à tour, les paralysies et les parésies sont accompagnées souvent d'atrophie et de dégénérescence graisseuse conduisant à l'impotence passagère ou permanente.

La moelle n'est pas à l'abri de tout danger, les myélites se réclament très souvent du bacille d'Eberth avec leurs symptômes de paraplégies spasmodiques, etc.....

Le cerveau est quelquefois profondément lésé. Le délire fait place à des symptômes alarmants qui annoncent à l'avance des complications sérieuses, depuis la manie aiguë jusqu'à la perte relative et passagère ou complète et permanente des facultés intellectuelle. Les *héréditaires* sont piqués au plus faible et les troubles secondaires ou tardifs entraînent quelquefois une désorganisation irrémédiable de l'organe dégénéré.

La lutte se poursuit activement de pari et d'autre, mais dans 2 à 10 0/0 des cas le bacille est vaincu après trois septenaires et la convalescence rétablit l'ordre physiologique pré-existant. Les réactions phagocytaires ont tué le bacille, neutralisé ses toxines et *vacciné* le malade contre toute atteinte ultérieure de la part de cet agent destructeur.

Ce chapitre synthétique termine la tâche que nous nous étions imposée à la demande du comité par la voix autorisée de M. le Dr Merrill.

Nous l'avons vu, Messieurs, le typhique est un malade qui a vivement intéressé les esprits médicaux de tous les temps, mais à aucune époque avant l'époque actuelle on était arrivé à la conception réelle de la maladie. Pasteur, en créant de toute pièce la médecine nouvelle donna le mot d'explication qui devait satisfaire les esprits scientifiques les mieux armés et les plus sceptiques. On pouvait déjà enrayer le mal par la connaissance de son étiologie.

Plus tard, Pfeiffer et Widal découvrent un procédé spécial de diagnose, basé sur la spécificité des réactions humorales (séro-diagnostic) qui est universellement accepté.

Vers la même époque, un premier pas était fait dans l'immunisation qui possède le secret de la thérapeutique de l'avenir. En un mot, le courant nouveau qui s'est opéré depuis quelques années marche rapidement vers de nouvelles conquêtes et il doit nous engager fortement à coopérer dans la mesure de nos forces à une œuvre déjà couronnée de si beaux succès. A l'heure actuelle, si la lutte contre la maladie est encore, et le plus souvent inégale, impossible même à certains moments, elle devient encourageante et même facile

dans certains cas désespérés pour la médecine d'hier (diphthérie). La seule pensée qu'elle pourrait devenir facile dans tous les cas (tuberculose) doit nous inspirer la plus entière confiance dans l'avenir de la thérapeutique qui se dessine déjà plus nettement à la lumière des conceptions nouvelles ; ses horizons s'élargissent à l'infini, et

“ Ses sereines clartés ont d'apaisants conseils

“ Et de frais réconforts pour la plus âpre tâche ” !

Un poète célèbre, Sully Prudhomme, exprime quelque part une pensée très juste et qui s'applique bien ici. Il dit :

“ Le solide savoir n'est pas un monument

“ Qu'un hasard de génie élèverait d'emblée.

“ Non, l'assise à l'assise avec ordre assemblée

“ Sans l'atteindre jamais monte au couronnement.

“ L'ouvrier de science est un tailleur de pierres ;

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

“ Et ne suspende pas ses rêves au clocher

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

.....

“ L'horizon grandissant mais borné qu'il peut voir

“ Est le seul qu'il mesure et promette à l'espoir.”

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Nomination d'un nouveau professeur.

Monsieur le Dr H. Merrill, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé professeur adjoint de pathologie externe à la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal. C'est une excellente nomination, et nous en félicitons sincèrement le docteur Merrill.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 5 Octobre 1899.

Présidence du professeur Mignault.

REVUE DE L'ANNÉE 1898-99.

Par M. LESAGE, de la Faculté de Paris.

M. le Président,

Messieurs,

Nous avons le plaisir de procéder, ce soir, à l'ouverture des séances régulières du "Comité d'Études Médicales." Nous pouvons dire qu'il a deux ans d'existence et entrevoir avec assurance la fin d'une troisième année qui sera fructueuse. C'est un succès, si l'on songe que les orateurs sacrés, — comme les poètes disent des fleurs — se sont appliqués à nous convaincre que toute institution humaine est éphémère. Evidemment, l'axiome n'a pas été fait pour notre Comité et nous souhaitons qu'il vive longtemps encore dans l'ignorance absolue d'un principe qui lui serait funeste si par hasard il se mettait en frais de l'approfondir !.....

En effet, il y a bientôt deux ans, et même davantage, la plupart des membres ici présents décidaient de se réunir en "Comité d'études médicales" à l'effet de fournir, à tous les médecins canadiens-français sans exception, une occasion de se rencontrer au moins une fois la semaine, et de discuter avec courtoisie les différents sujets médicaux qui pourraient présenter quelque intérêt. Nous voulions, de plus, que ces entretiens contribuent à établir, entre tous les membres en particulier et tous les médecins en général, cet esprit de corps toujours apte à la tolérance dans nos rapports journaliers les uns vis-à-vis des autres, sans rien enlever pourtant à la dignité professionnelle.

Nous ne sommes plus, il est vrai, aux temps où la verve de Molière stigmatisait, en des termes qui nous sont connus, les pratiques occultes des médecins d'autrefois ; fort heureusement pour nous, les acquisitions nouvelles de la science médicale nous permettent de rire au lieu de rager au souvenir des allusions piquantes à la vertu curative des disciples d'Esculape. Cependant, nous ne devons pas perdre de vue que nous sommes solidaires devant l'opinion publique, et pour peu qu'une question intéresse un seul des membres de la grande confrérie médicale, tous sont appelés à assumer une part des responsabilités à un moment donné. Je n'en veux citer qu'un exemple qui est encore présent à votre mémoire : l'affaire

Laporte. Vous savez que le Dr Laporte fut accusé, arrêté et emprisonné sous prétexte d'avoir causé la mort d'une femme en couches par des manœuvres intempestives. Le parquet le condamna à une peine sévère après des conclusions hasardeuses et injustes basées sur le rapport de deux experts choisis parmi ses confrères. Or, un appel en seconde instance fit casser le premier jugement et établit que les affirmations des deux premiers experts étaient imprudentes sinon erronées, et qu'il y avait des raisons suffisantes d'exonérer le médecin qui avait agi de plein droit et en pleine connaissance de cause.

Malgré tout, il a fallu des expériences démonstratives, qui ont été conduites avec un soin admirable, jointes à la haute personnalité scientifique du professeur Pinard, pour réduire à néant des conclusions fausses qui avaient pourtant les apparences de la vérité. Il est même permis de croire, après une telle publicité de faits, que la corporation médicale soit atteinte dans chacun de ses membres en particulier, car le doute envahit promptement l'esprit des masses naturellement défiantes et peu disposées à se refaire une opinion sur des faits qui leur avaient paru vraisemblables et définitivement jugés.

L'aphorisme de Voltaire subsiste toujours, dans cet esprit français, essentiellement sceptique, dont nous sommes les héritiers directs, et c'est contre les surprises désagréables qu'il nous réserve trop souvent que nous avons voulu réagir en nous groupant en un noyau compact et serré. Tel a été le second but que nous nous étions assigné.

En dernier lieu, nous avons voulu, par ce moyen, vulgariser l'enseignement français, le plus beau qu'il y ait au monde et celui que plusieurs d'entre nous ont eu l'avantage de puiser à la source même.

Eh bien, Messieurs, après une année d'efforts et de travail, avons-nous réalisé quelque chose de ce que nous nous étions proposé ? Nous nous hâtons de répondre par l'affirmative

Au point de vue *médico-chirurgical* pur, nous avons le plaisir de vous faire part que, durant les séances de l'année dernière, 1898-99, près de quatre-vingt-cinq communications ont été faites à ce comité d'études par à peu près vingt-huit membres.

La plupart de ces travaux sont marqués au coin de l'esprit scientifique le plus pur et tous dénotent un goût de travail digne des plus grands éloges. Je ferai une simple énumération de ces travaux que j'ai classifiés par ordre.

Noms, par ordre alphabétique, des membres qui ont présenté des travaux originaux au "Comité d'Etudes Médicales" durant les sessions de l'année 1898-99.

(Voir les numéros de *L'Union Médicale du Canada* 1898-99).

ASSELIN.—Note sur un cas d'invasion intestinale avec autopsie. (p. 158)

—Néoplasme primitif de l'intestin chez un tuberculeux. (p. 356).

BENOIT.—Une observation d'angine à streptocoques suivie à bref délai de diphtérie laryngée, (p. 672).

—Tuberculose miliaire aiguë à forme suffocante, (p. 352).

—La leucocythémie et ses signes essentiels, (p. 213).

—Une observation de mole hydatide avec ascite, (p. 162).

- De la valeur curative du sérum dans la diphtérie. (*L'Union Médicale* 1899, p. 177).
- BOULET. Notes sur deux cas de sténose du larynx opérés par le Dr Merrill, (p. 662).
- DE COTRET.—Notes sur deux observations de monstruosité fœtales.
- Anencéphalien et célosomien (p. 680).
 - Quelques considérations sur l'étiologie tératogénique chronologique, (p. 736).
 - De l'éclampsie puerpérale, (p. 42).
 - Communication sur la pyohémie puerpérale, (p. 28).
 - Rupture spontanée du foie chez un nouveau-né, (p. 482).
- DE MARTIGNY;—Notes sur deux cas d'érysipèle traités avec succès par le sérum de Marmoreck, (p. 550).
- DEMERS —Appendicite—exposé clinique, (p. 540).
- DEROME.—Un cas de cholécystostomie, (p. 87).
- DUBÉ.—Une observation d'angine de poitrine avec autopsie, (p. 603).
- Note sur un cas d'anévrysme de l'aorte suivi de mort, (p. 600).
 - Un cas d'infection généralisée suivie de mort chez un cirrhotique avec ascite, (p. 730).
 - Rapport d'autopsie d'un cas de tuberculose pulmonaire et intestinale chez un homme de 59 ans, (p. 724)
 - Notes sur un cas de syringomyélie avec autopsie, (p. 715).
 - Intoxication saturnine, (p. 41).
 - Une observation de cancer du pancréas, (p. 36).
 - Note sur un cas de myocardite chronique suivie de mort par congestion et œdème aigu des poumons, (p. 35).
 - Embolie cérébrale chez un artério-scléreux syphilitique avec dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins, rapport d'autopsie, (p. 32).
 - Urémie avec convulsions épileptoïdes hémiplegiques suivie de paralysie passagère, (p. 82).
 - Cancer du pancréas compliqué de cancer de l'estomac.—Mort par hémorragie stomacale, (p. 81).
 - Anévrysme de l'aorte thoracique suivi de mort par rupture dans l'œsophage, (p. 169).
 - Présentation d'un cas de leucocythémie, (p. 213).
 - Kyste congénital des deux ovaires, (p. 479).
 - Note sur un cas d'obstruction intestinale par calcul biliaire, (p. 415). (En collaboration avec M. le Dr Trudeau).
 - Un cas de cystite compliquée de pyélo-néphrite ascendante, (p. 415).
- DUHAMEL.—Note sur la kératite parenchymateuse, (p. 39).
- ETHIER.—Une observation de tuberculose intestinale suivie de mort, autopsie, (p. 79).
- FORTIER.—Une observation de cancer du pylore compliqué d'hydrothorax gauche, (p. 667).
- FOUCHER.—Inflammation aiguë de l'anthre d'higmore avec observations, (p. 144).
- GARCEAU.—Un cas de monstruosité double, (p. 731).

- GAUTHIER.—Quelques notes sur un cas de fièvre intermittente, (p. 728).
—Note sur un cas de diphtérie, (p. 154).
- HARWOOD.—Communications sur les fibromes utérins en général avec cinq observations de malades opérées avec succès, (p. 668).
—Notes sur divers cas de fibromes opérés par la méthode américaine.
—Deux cas de grossesse extra-utérine diagnostiqués et opérés à l'hôpital Notre-Dame, (p. 357).
- HERVIEUX.—Notes sur un cas de laparotomie exploratrice au cours d'une dysenterie chronique, (p. 74).
—Une observation d'hémostase par le sérum gélatinisé, (p. 167).
—Un cas de mort subite au cours d'une fièvre typhoïde, (p. 480).
—Endocardite végétante suivie de mort, (p. 542).
- LABERGE.—Le sérum de Mulford dans la diphtérie, (p. 26).
- LESAGE.—Communication sur la fièvre typhoïde :
—Historique—étiologie, (p. 6822).
—Anatomie pathologique, (p. 15).
—Symptomatologie, (p. 20).
—Complications, (p. 90 et 287).
—Diagnostic urologique, (p. 420).
—Séro-diagnostic, (p. 472 et 543).
—Notes sur quatre observations d'hémostase par le sérum gélatinisé, (p. 163).
—Quelques remarques à propos d'une observation de troubles psychiques passagers chez une jeune fille ayant eu la fièvre typhoïde deux mois auparavant, (p. 294).
—Le cœur et les poumons dans la fièvre typhoïde, à propos d'une observation, (p. 481).
—Des différentes modes de traitements de la fièvre typhoïde depuis les premières années de la médecine jusqu'à nos jours. (Voir les numéros d'octobre et novembre 1899).
- L'ESPÉRANCE.—Deux communications sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire, (p. 571).
- MARIEN.—Une observation de spina-lifida compliqué d'hydrocéphalie, (p. 603).
—Notes sur une tumeur de l'ovaire, (p. 605).
—Un cas de suppuration de la cuisse d'origine pelvienne, (p. 40).
—Notes sur deux cas d'ankylose osseuse du coude, (p. 159).
—Néphrolithotomie pour un volumineux calcul du rein, (p. 348).
—Un cas d'arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied-bot paralytique ballant, (p. 558).
—Salpingo-ovarite suivie d'hydronéphrose mortelle, (p. 550).
- MERCIER.—Névralgie faciale par compression osseuse ; résection du nerf dentaire ; guérison.
—Notes sur une observation de kyste double de l'ovaire gauche, (p. 607).
—La cocaïne en chirurgie, (p. 725).
—Technique générale de l'anesthésie cocaïnique, (p. 280).

- MERRILL.—Notes sur un cas d'hernie ombilicale avec étranglement, (p. 665).
- Un cas d'invagination intestinale suivie de mort, (p. 668).
 - Une observation de castration chez un tuberculeux, (p. 385).
 - Une observation du sarcome de la cuisse, (p. 478).
- MIGNAULT.—Quelques remarques sur deux cas de fièvre intermittente, (p. 729).
- Une observation de fracture du rocher suivie de mort par hémorrhagie, (p. 80).
- Communication sur le bulbe rachidien. (p. 297).
- PARIZEAU.—Une observation d'endométrite exfoliante, (p. 670).
- Une observation de carcinôme de l'estomac avec propagation au foie, au pancréas et à la vésicule biliaire, (p. 78).
- VALIN.—Une observation de pseudo-tabès, (p. 193).
- Deux observations de chancres syphilitiques extra-génitaux, (p. 467).

Cette longue liste de travaux nous dispense de tout commentaire. Nous nous permettrons, cependant, une simple remarque dans l'intérêt du Comité en général et de chacun des membres en particulier. Si, d'une part, nous avons raison d'être satisfaits de la somme d'ouvrage fournie, il serait désirable aussi que tous les membres se pénétrassent de la nécessité qu'il y a de faire, pour chaque cas, un travail complet, *quant au fond et quant à la forme*, afin qu'il puisse servir à titre d'enseignement pour ceux qui suivront. Si l'on a pu dire avec raison que "le style, c'est l'homme," on peut dire également d'une société quelconque que le caractère général de ses délibérations nous édifie sur la valeur de ses membres constituants.

A ceux d'entre nous qui n'ont pas encore profité de l'occasion qui leur était offerte, de disserter sur des sujets à leur choix, nous demandons un peu plus d'empressement à le faire. Nous savons que plusieurs d'entre eux sont dignes de marcher au premier rang, et malgré une abstention que nous voudrions excuser, nous avons droit d'espérer qu'ils revendiqueront leur numéro d'ordre avant peu, afin de poursuivre avec nous toute la lutte pacifique que nous avons entreprise il y a longtemps déjà !.....

Je dis, Messieurs, "*la lutte pacifique*." Je voudrais que ces mots fussent bien compris, car *il y va de l'intérêt même du Comité*. Si, pour des raisons encore mal définies, nous allions épouser sans réflexion, ou sous prétexte de réclame, une cause d'ailleurs trop juste pour réquérir les services d'un avocat, nous risquerions fort, en différant nécessairement d'opinion entre nous sur la ligne de conduite à suivre, de compromettre le succès d'une œuvre qui nous est chère et à laquelle nous avons consacré une dose d'énergie digne d'un meilleur sort !.....

N'oublions pas, Messieurs, le but que nous nous sommes assigné ; ayons à cœur le bien et l'avancement de notre pupille, et je suis convaincu que, par nos conseils reposant entièrement sur l'*expérience*

fructueuse du travail, elle deviendra une femme sérieuse et digne de figurer avec avantage au conseil des délibérations universitaires.

N'est-ce pas là, en effet, un rêve cher à plus d'un parmi ceux qui m'entendent; pourquoi alors, sous prétexte d'un retard *que nous avions prévu*, faudrait-il s'alarmer sans fin et prédire sans raison sérieuse, la chute d'un édifice déjà très bien assis. Soyons plutôt désireux d'assurer son développement; de ce fait nous assurerons le nôtre parce que c'est la seule institution nationale du genre que nous ayons dans le pays.—“Ne forcez point votre talent,” a dit l'auteur de *l'Art poétique*, “vous ne feriez rien avec grâce.”

L'histoire d'une Pologne pleurant encore la disparition de ses universités, décrétée par un vainqueur impitoyable, ou, plus récemment, d'une Finlande presque chancelante sous le coup des lois draconiennes qu'on veut lui imposer, devraient nous instruire sur la façon d'argumenter pour la reconnaissance ou même la conservation de droits acquis.

En effet, il y a une manière de tuer la vérité par des vérités. Pulvériser une statue sous prétexte de la considérer plus en détail, est une sottise dont notre pédanterie d'exactitude est fort coutumière. Combattons: vous le voulez, nous le voulons, tous le veulent, mais sachons où prendre des armes qui nous conviennent, et apprêtons-nous à rendre les honneurs de la guerre à *ceux qui passent*: c'est la rançon qui leur est due!..... Pour tout dire en trois mots, cultivons le Tact, respectons la Mesure et l'Occasion.....

En attendant, laissons-nous à nous-même encore un peu de ces chères illusions germées quelque part dans notre âme durant une nuit d'insomnie ou près d'une table de travail; elles comportent une idée qui fera son chemin—nous l'espérons du moins—car elles nous laissent entrevoir déjà très nettement le liséré bleu des horizons que nous avions dessinés à l'avance dans notre pensée aux heures de *joies sans causes*!

Dissémination de la consommation par des registres infectés.

Nous lisons dans le *Abend-Post* de Détroit, à la date du 14 octobre, un paragraphe intéressant concernant vingt commis, tous atteints en peu de temps de la consommation après avoir travaillé dans des registres qui furent trouvés par des bactériologistes infectés de part en part par le bacille tuberculeux. En poursuivant l'enquête, on reconnut que ces registres avaient probablement été infectés par un commis tuberculeux qui avait l'habitude de mouiller ses doigts dans sa bouche chaque fois qu'il tournait un feuillet. Il avait de cette manière infecté tous les registres. Il est probable que les vingt commis qui travaillèrent dans les registres contractèrent la maladie grâce à cette même habitude; mais il peut fort bien se faire aussi que quelques-uns d'entre eux contractèrent la maladie du premier qui tomba malade ou même des registres par l'intermédiaire de l'air inspiré.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MULTIPARE BIEN CONSTITUÉE, AYANT EU TROIS FAUSSES COUCHES SUR SIX GROSSESSES. NOUVELLE FAUSSE COUCHE A QUATRE MOIS DE LA SEPTIÈME GROSSESSE; EAUX ÉCOULÉES UN MOIS AUPARAVANT. RÉTRACTION EXTRAORDINAIRE DES MEMBRANES; POIDS ET DIMENSIONS DU FŒTUS ET DU PLACENTA.

Service de M. le professeur N. CHARLES.

Le 29 mai dernier, à 10 heures du matin, arrivait à la Maternité l'épouse X... amenée par Mme Halleux, accoucheuse à Engis.

Cette malade, nous dit-on, a perdu les eaux il y a un mois et, depuis ce temps, a des pertes sanguines se renouvelant à quelques jours d'intervalle.

Voici les renseignements que nous obtenons par les divers modes d'investigation.

L'épouse X... a 31 ans, s'occupe simplement de son ménage, n'a pas de fatigues spéciales ni de travaux pénibles à effectuer.

Elle est de taille moyenne; sa constitution et sa conformation paraissent bonnes. Elle n'accuse aucune maladie spécifique.

Elle a déjà eu six grossesses, qui ont eu les résultats suivants : la 1^{re} s'est terminée par une fausse couche, à 3½ mois; la 2^e, par une fausse couche, à 2 mois; la 3^e, par une fausse couche à 6 semaines; la 4^e est arrivée à terme; l'enfant, né vivant, a aujourd'hui 9 ans; la 5^e est aussi arrivée à terme, mais l'enfant est mort à 10 mois de convulsions; la 6^e encore est arrivée à terme et l'enfant a 5 ans aujourd'hui.

Donc, les trois premières grossesses ont donné trois fausses couches précoces (3½ mois, 2 mois, 6 semaines), sans cause connue. La femme n'a subi aucun traitement, et cependant les trois grossesses suivantes ont atteint le terme normal.

On pourrait croire que l'utérus était imparfaitement préparé lors des trois premières gestations, pour se laisser développer jusqu'à 9 mois, et n'a pu accomplir normalement ses fonctions qu'après trois essais infructueux, pendant lesquels les fibres musculaires de l'organe ont pu acquérir la souplesse et les autres qualités permettant leur hypertrophie et leur distension.

Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse et elle serait plus acceptable si les grossesses s'étaient terminées d'abord à 6 semaines, puis à 2 mois, puis à 3½ mois. Mais c'est l'ordre inverse qui s'est présenté et par suite l'explication, applicable à certains cas, est dans celui-ci plus sujet à caution.

Quoi qu'il en soit, les trois grossesses suivantes ont été heureuses sans que l'art ait le moins du monde intervenu.

Enceinte pour la 7^e fois, Mme X... a eu ses dernières règles le 15 janvier 1899. Elle a perdu des eaux fin avril, soit vers 3 à 3½ mois; depuis lors du sang s'est écoulé à diverses reprises, en quantité modérée, car l'état de la malade est satisfaisant.

Aucune cause ne peut être invoquée pour expliquer ces phénomènes insolites. N'y a-t-il donc pas une insertion vicieuse du placenta? Le liquide qui s'est écoulé était-il vraiment le liquide amniotique? N'étaient-ce pas des fausses eaux?

On admet difficilement que le travail ne se soit pas déclaré plus vite si le liquide amniotique est sorti complètement.

Le fond utérin se trouve entre l'ombilic et le pubis, comme à 4 mois de gestation. On ne reconnaît pas de parties fœtales par le palper. La femme ne ressent aucun mouvement et l'auscultation ne laisse pas percevoir les doubles battements du cœur fœtal.

Le col est élevé, long, admet la 1^{re} phalange de l'indicateur: on ne trouve pas de poche ni de partie fœtale. La perte sanguine continue modérée, malgré le séjour au lit.

Dans ces conditions, nous croyons que le mieux est de provoquer les contractions, afin de ne pas laisser la malade s'affaiblir davantage, et d'évacuer l'utérus avant que des symptômes putrides ne se manifestent.

Après un tampouement soigné pendant 24 heures, on fait des injections vaginales chaudes et antiseptiques, puis des injections cervicales toutes les 2 heures.

Le 1^{er} juin, à la soirée, le cordon descend dans le vagin; il est inerte, sans la moindre pulsation. Donc les membranes sont bien rompues et le fœtus est mort, comme on l'avait prévu. A ce moment, les douleurs commencent à se montrer.

On continue toute la nuit du 1^{er} au 2 les injections excitantes et le travail avance rapidement, car, à 8 heures du matin, l'expulsion du fœtus a lieu, suivie un quart d'heure plus tard de la sortie spontanée du placenta et des membranes.

Piqure d'ergotine et injection utérine chaude pour arrêter une perte qui se produit *post partum*.

Le fœtus est du sexe masculin: il mesure 21 centimètres et pèse 250 grammes. Il a donc dépassé 4 mois.

Le placenta pèse 110 grammes et mesure 10½ sur 3 centimètres. Les membranes forment avec lui *un sac parfaitement complet, présentant une seule petite ouverture*. Mais ce sac est tellement réduit, par suite de la rétraction considérable des membranes, que la *tête seule* du fœtus suffit pour la remplir absolument.

On se demande comment le corps entier et le liquide amniotique ont pu trouver place là-dedans?

Pour plus de sécurité, nous introduisons la main dans l'utérus afin d'aller nous assurer que tout est sorti, et qu'il n'y a pas de morceaux restés dans l'intérieur de l'organe. Nous ne trouvons rien et pouvons ainsi être tranquilles.

En présence de ces constatations, on est forcé d'admettre que:

1° les eaux se sont complètement écoulées, il y a un mois, comme la femme l'avait déclaré; 2° le fœtus a été expulsé des membranes peu après et celles-ci se sont rétractées au point de ne plus constituer qu'un tout petit sac admettant à peine la tête du fœtus; 3° le fœtus, ainsi placé en dehors du sac amniotique, a continué à vivre jusqu'aux derniers jours; cela est prouvé par son développement et par l'absence de putréfaction.

Quel qu'étrange que cela soit, nous ne pouvons trouver d'autre explication rendant compte des phénomènes rigoureusement et minutieusement observés.

Quant aux suites de cet extraordinaire fausse couche, elles ont été tout à fait régulières: la femme est retournée chez elle très bien portante le 10^e jour et sa température puerpérale *maxima* avait été de 37,1.

VULVISME; HYPERESTHÉSIE VULVAIRE CONSIDÉRABLE; HYSTÉRIE—DILATATION BRUÈQUE ET RÉSECTION PARTIELLE BILATÉRALE DU CONSTRICTEUR DE LA VULVE.—GUÉRISON.

Par M. le Dr A. NORDIN.

Mme M., âgée de 28 ans, est mariée depuis 16 mois, et à aucun moment l'acte du coit n'a été accompli. La malade a conservé sa virginité complète.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires, sinon un peu de nervosisme du côté maternel.

La malade a toujours été très nerveuse, même dans sa première jeunesse. Elle a eu des convulsions et à plusieurs reprises a présenté des mouvements choréiformes.

Elle a été réglée à 12 ans d'une façon assez régulière, mais, à chaque époque menstruelle, son nervosisme s'exagérait dans des proportions considérables.

Elle s'est mariée parce que sa mère le lui a conseillé, mais elle n'a pas été longue à regretter son acte. En effet, le moindre contact des organes génitaux externes a toujours déterminé chez elle des crises douloureuses épouvantables qui rendaient même impossibles les injections et les soins de propreté les plus ordinaires.

Elle a toujours éprouvé pour son mari une sorte de répulsion instinctive, malgré que dans les choses ordinaires de la vie commune elle ait fait preuve pour lui d'une certaine amitié.

La répulsion éclatait dès que la question génitale était en jeu. La malade devenait alors comme affolée et aucun raisonnement, aucune prière n'avait prise sur elle, de telle sorte que, au dire du mari qui a fait preuve d'une patience très particulière, à aucun moment il ne s'est produit la moindre tentative de rapprochement sexuel.

Depuis plus d'un an, le mari suppliait sa femme de se faire examiner et de se faire opérer s'il y avait lieu, mais cela tout à fait en vain.

La malade a fini par se laisser convaincre par sa mère qui a joint

ses sollicitations à celles du mari et qui l'a amenée à la clinique du Dr Hamonic dans les premiers jours du mois de mars dernier.

La malade est montée d'assez bonne grâce sur le lit à spéculum, mais il a été de toute impossibilité à M. Hamonic d'en pratiquer le moindre examen. Elle rapprochait instinctivement les cuisses, faisait l'arc de cercle, se convulsait, criait, tordait ses bras et prenait toutes les attitudes classiques de l'hystérique dès qu'on cherchait à pratiquer le toucher vaginal.

Il fut même impossible d'examiner la vulve à simple vue, et on dût renoncer à toute visite de la malade.

M. Hamonic conseilla à l'entourage une opération radicale sous chloroforme. De cette façon on pourrait du même coup se rendre compte de l'état des parties et remédier à l'hyperesthésie et à la contraction de la vulve.

La malade entre donc à la maison de santé, le 29 mars dernier et le 30 M. le Dr Hamonic l'opère avec l'aide de ses assistants ordinaires.

M. Goldman donne le chloroforme, tâche très pénible en la circonstance, car on a toutes les peines du monde à arriver à une anesthésie suffisamment complète. A tout moment la malade cesse de respirer. A plusieurs reprises le réflexe palpébral disparaît complètement, et la résolution est des plus complètes, et cependant, dès que le chirurgien exerce sur la vulve le moindre contact, la malade se contracte convulsivement et présente cette respiration stertoreuse de mauvais aloi qu'on constate parfois au moment de l'opération de la fissure anale et qui toujours a pour conséquence de faire craindre un accident chloroformique.

Une anesthésie si particulièrement difficile démontre combien réelle était la douleur génitale, puisque le chloroforme lui-même ne peut en avoir raison, même poussé jusqu'à la disparition du réflexe palpébral.

On finit cependant par obtenir l'anesthésie complète. La respiration et le pouls sont extrêmement faibles et il est évident que si l'on poussait tant soit peu le chloroforme, la mort s'en suivrait.

M. le Dr Hamonic peut alors, pour la première fois, examiner la vulve qui est très petite et présente un peu la disposition infundibuliforme. La membrane hymen est très épaisse, affecte la forme d'un fer à cheval et obture presque complètement l'orifice vaginal.

Le muscle constricteur du vagin est très épais et très contracturé, malgré l'anesthésie. On le sent se durcir sous le doigt dès qu'on cherche à en franchir la limite. Il forme sous la muqueuse un gros bourrelet ovalaire de l'épaisseur du pouce.

M. Hamonic, dans un premier temps, et après avoir pratiqué une antiseptie complète de la région, fait la dilatation brusque de l'anneau vulvaire à l'aide des doigts et en employant toute sa force comme pour la fissure anale.

Le constricteur cède, la membrane hymen se déchire et, chose qui étonne l'opérateur, le vagin se rupture complètement sur sa paroi postérieure sur une étendue d'environ 5 centimètres. Du reste M. Hamonic n'attache aucune importance à cette déchirure qui indique une friabilité toute spéciale, de la muqueuse de ce conduit.

Le vagin est remarquable par son faible diamètre, il est fortement resserré à sa partie postérieure surtout. Grâce à la déchirure qui vient d'avoir lieu, sa zone antérieure est maintenant très largement ouverte.

Le chirurgien applique en haut une valve de Sims qu'il confie à son aide ; sous l'influence de l'effort exercé par celui-ci, une nouvelle rupture vaginale se produit sur la paroi supérieure de l'organe sous forme d'une fissure longitudinale d'environ 7 centimètres d'étendue. Cette plaie saigne abondamment, mais M. Hamonic se rend maître de l'hémorrhagie en appliquant une valve plus large encore, et, après avoir rapidement lavé le vagin et l'avoir débarrassé des caillots qu'il contenait, il procède à la résection bilatérale partielle du constricteur de la vulve.

Pour cela, sur la face interne et à la partie la plus postérieure de la petite lèvre gauche, il trace une incision verticale de 4 centimètres d'étendue, puis, à l'aide d'une forte sonde cannelée, il sépare le muscle constricteur de la branche ischio-pubienne correspondante, en ayant soin d'éviter la blessure de l'artère honteuse interne.

Cela fait, il charge le muscle ainsi isolé sur un des mors d'une pince droite d'hystérectomie, il serre ensuite le second mors et, à l'aide de petits coups de ciseaux successifs, il sectionne le muscle au-dessus de sa pince. Grâce à cette manœuvre, l'opérateur peut voir s'il coupe des artères susceptibles de saigner, que dans ce cas il serait très facile de pincer.

D'une façon semblable, il coupe ensuite le muscle à une certaine distance au-dessous de sa pince. La plaie musculaire donne relativement peu de sang, la solution de continuité du sphincter peut être estimée à environ deux centimètres et demi.

M. Hamonic suture la plaie à l'aide de deux points serfisiels à la soie, et il passe au côté droit.

Il y pratique une incision semblable et dans le même point, et, après avoir chargé comme précédemment la moitié correspondante du constricteur, il en excise environ deux centimètres et demi : deux points de suture.

Il est à remarquer qu'au moment de chaque section musculaire, la malade, malgré l'anesthésie profonde qui avait fini par avoir raison d'elle, a eu des mouvements convulsifs en même temps que sa respiration devenait stertoreuse et s'embarrassait. Cela démontre que le constricteur vulvaire était bien le siège de la plus grande sensibilité et qu'il jouait par rapport à la vulve, ce que le sphincter joue par rapport à l'anus dans le cas de fissure.

L'opération a été terminée par un fort tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

La malade se réveille assez bien et a une attaque d'hystérie.

La journée et le lendemain se passent sans incident. Pas de fièvre, la malade s'alimente et souffre assez peu.

Le 1er avril, M. le Dr Hamonic retire le pansement et la malade, pour la première fois, supporte le contact de la main sur sa vulve. Elle se laisse soigner d'assez bonne grâce et avoue qu'elle n'a pas souffert.

Le 2 avril, elle se lève et marche. Le 3, le chirurgien enlève les fils de suture et pratique le toucher vaginal. Le doigt pénètre facilement jusqu'au col, et sans douleur.

Le 6 avril on a des nouvelles de la malade qui va très bien et qui a pu supporter sans douleur le coit pour la première fois de sa vie.

(*Journal des Sages-Femmes*).

APPENDICITE ET GROSSESSE.

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1899, p. 177).

Mon intention est d'envisager l'appendicite dans ses rapports avec la première période de la puerpéralité, c'est-à-dire avec la grossesse, et d'étudier surtout le traitement et le diagnostic.

L'appendicite, venant compliquer la grossesse, est loin d'être un accident rare. Je ne dis pas que la grossesse prédispose à l'appendicite, mais cette complication est à craindre.

Si j'ai pu sauver des malades, c'est que, grâce aux travaux de nos collègues, j'ai pu avoir des indications absolues et opérer en temps opportun. J'adopte la formule de notre collègue Dieulafoy : *Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.*

On ne peut jamais affirmer que l'appendicite restera catarrhale et que la péritonite restera localisée. On connaît l'évolution rapide et foudroyante dans certains cas. En opérant toujours et rapidement les femmes atteintes d'appendicite, à manifestations localisées, elles guériront et mèneront le plus souvent la grossesse à terme; les femmes atteintes d'appendicite à manifestations graves, avorteront presque toujours, mais souvent guériront.

Avec une observation attentive, l'accoucheur doit, avec nos connaissances actuelles, pouvoir faire le diagnostic de l'appendicite compliquant la grossesse.

On peut observer l'appendicite pendant toute la durée de la grossesse. Elle peut apparaître chez une femme dont la santé est florissante et les fonctions régulières.

La douleur est le plus souvent localisée dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Burney. Quelquefois elle peut être généralisée, parfois aussi siéger au niveau du foie ou de la région inguinale.

Toujours il y a douleur, et la température s'élève.

Dans les premiers jours, elle gravite autour de 38°, et le pouls autour de 100.

Souvent de la diarrhée, suivie d'une constipation opiniâtre; mais toujours un symptôme peut être perçu: c'est la contracture particulière des muscles de la région droite. Le ballonnement paraît plus tard. Ce cortège symptomatique est assez caractéristique pour permettre de poser le diagnostic.

Il ne me paraît pas que l'on puisse confondre la grossesse extra-utérine, même siégeant à droite, tubaire ou autre, avec l'appendicite.

Conclusions: 1° Le diagnostic de l'appendicite pendant la grossesse est généralement facile;

2° Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

REVUE D'HYGIÈNE

ON N'A PAS LE DROIT DE POLLUER UN COURANT D'EAU.

On a récemment soutenu, dans une poursuite légale, le droit de polluer un courant d'eau en y déversant un égout, et cette prétention fut approuvée d'abord par un premier tribunal. Le procès eut du retentissement en Pennsylvanie, car la décision du juge pouvait s'appliquer à la pollution de la rivière Schuylkill, dans laquelle la ville de Philadelphie prend son approvisionnement d'eau.

George P. Yost, de Glen Rock, Pennsylvanie, construisait un drain qui déversait des matières d'égout dans un cours d'eau qui approvisionne la ville de York d'eau de boisson. Le Bureau d'Hygiène de l'Etat le poursuivit pour maintien d'une nuisance, et le tribunal de première instance rendit jugement en faveur du défendeur, prenant pour motif que les habitants du district parcouru par le cours d'eau avaient le droit d'user ce cours d'eau comme d'un égout commun et public. Mais, sur appel, la cour supérieure en décida autrement : "Aucun édit, aucun usage, dit le juge Orlady, parlant au nom de la cour, ne peut justifier la pollution d'un cours d'eau par un égout fait de manière à causer du tort à la santé publique." Il y a une distance de douze milles entre la bouche de l'égout et la station de prise d'eau de la ville; cependant la preuve démontra qu'une épidémie de fièvre typhoïde à York suivit de très près l'apparition de la maladie à Glen Rock. L'eau courante peut transporter les germes de la maladie à plus du double de cette distance.

L'URINE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Gwyn, de l'hôpital Johns Hopkins, a pu constater, dans une étude récente sur l'urine des patients atteints de fièvre typhoïde, que cette urine, dans 20 à 35 0/0 des cas, contient le bacille d'Eberth en quantités énormes. Ils apparaissent habituellement durant le second ou le troisième septenaire et persistent dans l'urine pendant des mois, et même des années après la guérison. Ce fait est de la plus grande importance et contribue dans une grande mesure à expliquer la contamination constante du sol et de l'eau de surface, et par suite l'existence constante de la maladie. Bien que la plupart des médecins instruits insistent sur la désinfection des selles de leurs patients typhiques, bien peu, croyons-nous, ont jusqu'ici réalisé ce fait que l'urine est aussi une source de danger.

L'auteur du travail dont nous parlons a aussi constaté que le lavage de la vessie avec une solution de bichlorure de mercure (1 pour 50,000) fait disparaître le bacille de l'urine et qu'on peut obtenir le même résultat par l'emploi de l'urotropine à l'intérieur, à la dose de 10 grains trois fois par jour.

Si des recherches subséquentes viennent confirmer les faits que nous mentionnons, ce sera certainement une précaution très sage d'administrer l'urotropine à tous les typhiques convalescents, et de les tenir sous observation jusqu'à ce que leur urine cesse de contenir des bacilles d'Eberth. Les médecins, surtout ceux de l'armée, devront se rappeler que l'urine des typhiques, tout autant que les selles de de ces malades, peut contaminer le sol, et agir en conséquence.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU PHARYNX NASAL CHEZ LES CONVALESCENTS DIPHTÉRIQUES.

Par M. V. GRIGORIEV (*Dietskoïa Meditzine*, 1898).

L'auteur a examiné à ce point de vue 46 enfants ayant eu la diphtérie et traités à la fois par le sérum et par des applications locales. Dans 15 cas on n'avait examiné que le mucus du pharynx et dans 31 cas celui du pharynx et du nez. Sur ce nombre, dans 5 cas les bacilles ont persisté dix-huit à vingt jours; dans 36 cas, ils disparaissaient en même temps que les membranes au cours des huit premiers jours; chez cinq malades, ils n'ont disparu qu'au deuxième septenaire. Dans le mucus nasal, les bacilles disparaissent généralement à la même époque.

On voit donc qu'on ne peut pas établir la durée de l'isolement des diphtériques convalescents; il faut se baser dans chaque cas sur les résultats de l'examen bactériologique du nez et du pharynx.

Revue d'Hygiène.

LA TUBERCULOSE DANS LE TROUPEAU DE LA LAITERIE ROYALE.

(*The brit. med. journal*, 22 avril 1899, p. 986).

Le prince de Galles, au meeting de Marlborough House, qui a eu lieu en décembre dernier, avait annoncé que 36 des 40 vaches qui composaient le troupeau de la laiterie de la reine, à Windsor, avaient été sacrifiées à la suite de l'épreuve qu'elles avaient subie avec la tuberculine. Dans le *Journal de pathologie et de thérapeutique comparées*, le professeur J. Mac Fadyean relate la façon dont ont été conduites les expériences. L'autopsie des animaux sacrifiés a été soigneusement faite. Pour l'épreuve de la tuberculine, on prenait la température de chaque vache la veille du jour de l'injection, puis après l'injection et toutes les trois heures jusqu'à la quinzième heure. La température des vaches constatées tuberculeuses par l'autopsie a été trouvée au moment de l'injection : 101°,7 puis toutes les trois heures suivantes : 101°, 9, 102°, 7, 104°, 2, 105°, 2, 104°, 8, tandis que les non-tuberculeuses avaient : 101°, 7, 101°, 7, 102°, 8, 101°, 2, 101°, 1. Les glandes de 4 vaches étaient malades, mais il s'agissait plutôt de lésions septiques que de lésions tuberculeuses. Chez un des animaux qui avaient réagi à la tuberculine (105°,4), on ne trouva aucune lésion tuberculeuse, mais l'utérus contenait un liquide trouble, non putride, la muqueuse était enflammée, il y avait un kyste dans la trompe de Fallope gauche. Cela prouve que la tuberculine n'est pas absolument infaillible.

Le professeur Mac Fadyean fait remarquer que les écuries de ces vaches sont des modèles d'hygiène au point de vue espace, lumière, ventilation, propreté. Néanmoins, 36 sur 40 vaches avaient été atteintes. Un nouveau troupeau a été acheté, tous les animaux ont préalablement subi l'épreuve de la tuberculine.—*Revue d'Hygiène*.

L'EXERCICE DE LA BICYCLETTE CHEZ LES HERNIEUX.

Rapport de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE sur une observation du Dr LOIR, de Tunis (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 3 février 1899).

L'on défend d'ordinaire les exercices, et en particulier celui de la bicyclette aux personnes atteintes de hernie. Le Dr Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, a soumis à l'Académie l'observation d'un individu dont la hernie n'était pas améliorée par les bandages, et qui se décida à ne pas renoncer à l'exercice de la bicyclette; au bout de quatre mois d'exercices progressifs, sa hernie ne sortait plus et la hernie était guérie.

M. Lucas-Championnière, qui a une grande expérience des hernies et de la bicyclette, a reconnu depuis longtemps que les travaux de force ne sont pas si préjudiciables qu'on pourrait le croire aux hernieux, et, qu'au contraire un exercice musculaire régulier, même exagéré, leur est plutôt favorable. L'activité du travail conserve aux parois abdominales une partie de leur puissance, elle prévient l'engraissement, les distensions intestinales, elle assure les évacuations de l'intestin. Chez le hernieux, le repos prolongé favorise l'embonpoint, le relâchement des parois, des sphincters et des orifices; dans ces conditions, dès qu'il tousse, sa hernie sort. MM. Tissié, de Bordeaux, Jenning et Mahomel disaient déjà avoir vu des hernies s'améliorer par le sport de la bicyclette. M. Lucas-Championnière a observé beaucoup de fait analogues; il a vu cet exercice être très bien supporté même par des individus dont les hernies étaient devenues intolérables et douloureuses; chez certains de ces sujets, dès qu'ils étaient sur la bicyclette, leur hernie rentrait pour ne plus ressortir que lorsqu'ils reprenaient la situation verticale. L'on sait en effet que cette situation verticale facilite la descente des hernies. L'exercice de la bicyclette poussé un peu loin amène l'amaigrissement du hernieux; amaigrissement qui est une des meilleures conditions de leur guérison, et que les anciens chirurgiens cherchaient à obtenir au XVIII^e siècle par des procédés énergiques et très pénibles pour le patient.

Mais il importe que l'exercice musculaire par la bicyclette soit gradué chez les hernieux d'une façon prudente et très progressive; ils doivent se défier des fortes rampes et des grandes vitesses, qui pourraient augmenter leur infirmité ou provoquer des accidents. Ils choisiront une bicyclette peu élevée et se placeront sur un siège sensiblement en arrière du pédalier, ce qui donne une position plus réellement assise, avec les jambes relevées et portées en avant. La selle haute et la position verticale des jambes, dont on abuse aujourd'hui, ne leur conviennent nullement.

Après l'opération radicale de la hernie, M. Championnière conseille à ses opérés d'éviter les efforts très violents pendant les premiers mois, il ne leur permet pas de reprendre l'escrime ou le cheval avant six mois ; il les encourage, au contraire, à reprendre très rapidement l'usage de la bicyclette ; il en a vu qui, dans les mois qui suivait leur retour chez eux, usaient impunément de la bicyclette en suivant les préceptes indiqués plus haut, et ils s'en trouvaient bien.

Revue d'Hygiène.

L'ÉCLAIRAGE ET LA MYOPIE SCOLAIRE.

Par M. ROMIÉE, de Liège. Rapport de M. JAVAL (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 16 mai 1899, p. 508).

Dans les écoles de Liège, on comptait 20 myopes sur 400 élèves en 1881; on n'en compte plus que 2 sur 100 en 1893 et en 1898. De même, le nombre des exemptions militaires pour myopie est devenu tout à fait infime en ces dernières années dans la province de Liège. M. le Dr Romiée attribue cet heureux résultat à l'amélioration de l'éclairage, soit le jour par le peu de hauteur des maisons, soit le soir par le perfectionnement des lampes à pétrole. Comparant à ce point de vue Liège et Paris, M. Romiée dit qu'à Paris le pétrole coûte de 50 à 70 centimes le litre et qu'on y emploie encore les anciennes lampes à pétrole à bec rond ou plat, produisant peu de lumière, tandis qu'à Liège le pétrole coûte 10 centimes le litre, et on emploie des lampes très perfectionnées à éclairage intensif; il prétend que, dans les logements parisiens l'éclairage diurne et nocturne laisse beaucoup à désirer, en quoi M. Romiée exagère sensiblement. Quoi qu'il en soit, l'auteur, dit M. Javal, apporte un fait nouveau et du plus haut intérêt, à savoir l'influence énorme d'un bon éclairage domestique diurne et nocturne pour la conservation de la vue des enfants. Il n'est pas douteux que, souvent, les enfants des ménages pauvres ou modestes font leurs devoirs à la maison dans des conditions d'éclairage insuffisant.

M. Romiée est moins heureux quand il nie ou rejette au second plan l'influence des mauvaises attitudes, des mauvaises méthodes d'écriture et de la petitesse des caractères servant à l'impression des livres, sur le développement de la myopie scolaire. Par ses nombreuses communications à la Société de médecine publique, à l'Académie de médecine, et particulièrement dans une étude récapitulative toute récente (*Séance de l'Académie* du 18 juillet 1899), par ses rapports au ministère de l'Instruction publique, M. Javal a surabondamment démontré le rôle pernicieux de ces mauvaises conditions et indiqué d'une façon précise la manière d'y remédier.—*Revue d'Hygiène*

SUR L'ÉCLAIRAGE AU PÉTROLE.

Par C. OBERDIECK (*Archive f. Hygiène*, XXXIII, 1898).

Ce travail est plutôt une revue sur l'éclairage au moyen du pétrole, qui commença il y a quarante ans et, malgré les dangers d'explosion et d'incendie qu'il présentait surtout au début, prit bien-

tôt une extension qui n'est pas encore terminée, malgré tant de découvertes et de perfectionnements survenus dans le domaine des procédés d'éclairage. C'est que le pétrole fournit à bon marché des sources d'une intensité lumineuse considérable et qu'il se prête admirablement à être employé dans des lampes portatives très simples. D'ailleurs on sait aujourd'hui le purifier, le débarrasser de l'huile, volatile aux températures ordinaires, qui faisait courir les plus grandes chances d'explosion. En Allemagne on ne doit pas vendre de pétrole émettant des vapeurs inflammables au-dessous de 21 degrés. Il est à recommander du reste : de donner aux lampes un pied large et lourd afin de prévenir leur renversement ; de préférer les récipients métalliques à ceux de verre et de porcelaine, plus fragiles ; de remplir ces réservoirs avant d'allumer la lampe et loin de toute flamme, etc.

La valeur de l'éclairage obtenu ne dépend pas seulement des qualités du pétrole dont on fait usage, mais aussi des conditions réalisées par la lampe, notamment des dimensions et de l'éclat de sa flamme, c'est-à-dire la quantité de lumière émise par unité de surface (millimètre carré). Au point de vue de l'hygiène, un grand éclat a l'inconvénient d'éblouir les yeux qui peuvent apercevoir la source lumineuse ; mais d'autre part les sources à grand éclat ont en général l'avantage de donner moins de chaleur pour une même intensité d'éclairage que des flammes à éclat plus modéré. D'après l'auteur, l'éclat des flammes des lampes à pétrole qu'il a pu examiner aurait été généralement supérieur à 0,0100 bougies par millimètre carré, ce qui paraît beaucoup, E. Voit n'attribuant pas plus de 0,0030 bougies par millimètre carré à la flamme du gaz dans un bec Argand, et Renk environ 0,0120 bougies par millimètre carré au bec Auer. En tous cas la flamme du pétrole chauffe notablement moins que la flamme du gaz avec un bec Argand (Fischer, Cramer).

Oberdieck a étudié la dépense du pétrole dans les lampes. Il aurait observé qu'il n'y a pas à cet égard, et par rapport à la quantité de lumière fournie, de très grandes différences d'une lampe à l'autre, l'avantage économique restant toutefois aux plus gros becs. On use en moyenne 3gr,8 de pétrole par heure et par unité lumineuse ; 2gr,8 au minimum, 5gr,2 au maximum. L'auteur remarque que si on diminue, en abaissant la mèche, la flamme normale d'une lampe au pétrole, l'économie d'huile qui en résulte n'est pas proportionnelle à l'affaiblissement de l'éclairage. En revanche on augmente ainsi très sérieusement la quantité des produits de combustion incomplète qui sont répandus dans l'air.

Oberdieck rapporte enfin une série de déterminations qu'il a effectuées sur 24 espèces de lampes au pétrole, de fabrication allemande (pouvoir éclairant, étendue de la surface éclairée d'une façon satisfaisante, consommation de pétrole, rayonnement calorifique)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, NOVEMBRE 1899

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, Médecin Interne

Octobre, avec la réouverture des cours de médecine à l'Université Laval, nous a apporté quelques changements dans les services de Chirurgie et de Médecine.

M. le Dr Rottot, doyen de l'Université et en même temps professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Notre-Dame, s'est vu forcé, pour cause de santé, de demander à être remplacé. Le Dr L. A. Demers, professeur de pathologie interne depuis déjà plusieurs années, a accepté la succession de M. le Dr Rottot. Il est secondé par le Dr R. Hébert, comme chef de clinique.

Notre vaillant chirurgien, le Dr A. T. Brosseau, qui fait partie du corps enseignant depuis 40 ans et que l'Hôpital Notre-Dame a le plaisir de compter comme son chirurgien depuis sa fondation, a été obligé, lui aussi, à son grand regret, de demander un congé bien mérité. La cruelle maladie qu'il a tant de fois terrassée chez ses pauvres malades, si nombreux, qui sont venus implorer son aide, s'est enfin révoltée et aujourd'hui elle s'est attaquée à un de ses plus sanglants ennemis. Espérons cependant que le bien, si grand, qu'il a fait aux autres lui sera rendu et qu'il sortira victorieux de ce brutal assaut.

Chacun de nous, qui avons suivi les Cliniques de ces deux distingués professeurs, se rappelle avec plaisir les leçons instructives et si pratiques données au lit du malade et à l'amphithéâtre de la salle d'opération. En attendant, le Dr O. F. Mercier, qui a pris la direction du service chirurgical, s'efforce de marcher dans la même voie que celle de son maître.

Le service de chirurgie mineure, qui consiste à enseigner aux élèves primaires les premières notions de la chirurgie, et à choisir des cas pour la clinique, a été confié aux Drs T. Parizeau et A. Ethier.

Les autres services : Ophthalmologie, Gynécologie, etc., ont repris leur cours ordinaire, interrompu par les vacances.

Je vous assure, chers lecteurs, que le temps des vacances nous a paru passer bien rapide ; car les chefs de services et les internes ont eu tellement à faire, qu'ils ont à peine eu le loisir de songer à prendre quelques jours de repos.

Beaucoup d'opérations majeures, parmi lesquelles, à part les interventions à la suite d'accidents, on doit compter surtout bon nombre d'appendicites, cures radicales de hernies, calculs vésicaux et néphrorrhaphies.

Encore tout dernièrement, dans l'espace de cinq jours, ce petit appendice, qui fait tant parler de lui depuis ces quelques dernières années, a fourni trois victimes au couteau du chirurgien ; car nous ne lui faisons pas grâce aussitôt qu'il fait mine de vouloir se rébellier, et avec raison certes. Un dernier exemple qui convertira, je l'espère, les quelques confrères endurcis (car il y en a encore malheureusement) nous a été fourni par les trois derniers cas qui se sont présentés.

M. L..., 34 ans, célibataire, sujet bien constitué et aux habitudes rangées, se plaint, le printemps dernier, de douleurs dans l'hypochondre droit, semblait prédominer au joint correspondant à l'appendice vermiforme.

Un médecin, consulté, accuse avec raison ce petit organe comme étant la cause de ces troubles. Mais malgré les sages avis de cet homme de l'art, le client refuse de confier son sort aux mains d'un chirurgien. Heureusement la crise se passe sans accident aucun.

Une fois complètement rétabli, le médecin, toujours préoccupé de l'avenir de son malade, cherche encore à le persuader qu'il serait préférable de profiter du calme apparent de ce mauvais petit sujet, pour le mettre à l'abri de nouvelles attaques de sa part. Mais vous savez tous, par expérience, confrères, combien il est difficile de convaincre ces clients que l'on s'efforce de travailler plus dans leur intérêt que dans le nôtre propre. Aujourd'hui encore, une fois de plus, le malade regrette amèrement de n'avoir pas suivi ces sages conseils.

Après avoir paru vaincu pour toujours, voici qu'après quelques mois seulement l'ennemi se révolte de nouveau, et dans l'espace de 12 à 15 heures, il a complètement terrassé notre robuste sujet. Durant la journée, M. L... a vaqué à ses occupations habituelles sans éprouver le moindre ennui. À 8 heures p. m., il se rend au théâtre, mais à peine a-t-il pu jouir du spectacle pendant quelques minutes qu'il ressent une violente douleur dans le côté droit. Aussitôt, il se fait conduire chez son médecin qui constate sur le champ les symptômes d'une appendicite suraiguë. Le lendemain, un chirurgien est appelé en consultation et, séance tenante, l'intervention chirurgicale est proposée et acceptée. Le malade est transporté ici presque aussitôt et deux heures plus tard le corps du délit était extrait, non sans beaucoup de difficultés. Le malheureux appendice, son travail avait été excessivement rapide. Malgré la prompt intervention, il avait déjà eu le temps de causer beaucoup de mal. Augmenté d'au-delà du double de son volume, il est de plus très congestionné, perforé près de son point au cœcum et enfin adhérent à certains endroits. Un pus liquide et infecte, assez abondant, s'écoule du petit bassin. Grand

lavage de la cavité avec du sérum à 7/1000. Les intestins congestionnés et beaucoup dilatés par les gaz sont ponctionnés par un fin trocart et remis dans la cavité abdominale. Un drainage à la gaze iodoformée est pratiquée à la partie inférieure de la plaie.

Après 24 heures, la température, qui était à 101° F. lors de l'intervention, est tombée à 98 2/5° F. Pouls presque normal. Le drainage se fait bien. Enfin, à part les vomissements dûs plus au chloroforme qu'à autre chose, le malade se comporte bien pour les circonstances.

La perforation de l'appendice a dû avoir eu lieu ici lors de cette violente douleur que le malade dit avoir ressentie subitement lorsqu'il était au théâtre.

Si l'opération eut été pratiquée ce soir-là même, il est probable que la formation du pus aurait pu être empêchée et le cas aurait certainement présenté moins de gravité.

Le second cas est celui d'un jeune homme de 12 ans qui en était à sa troisième attaque. Il ne peut nous donner la date à laquelle remonte la première crise. La deuxième crise aurait eu lieu il y a deux mois, mais il ne sait à quoi en attribuer la cause. Enfin, trois jours avant son entrée dans nos salles, le gamin était à courir, lorsqu'il fit une chute sur le pavé. Ce traumatisme serait la cause déterminante de cette troisième crise; car aussitôt le malade a ressenti une forte douleur dans la région appendiculaire.

Traité chez lui trois jours durant sans amélioration aucune, il se présente ici et, après trois jours d'observation, les symptômes s'accroissant davantage, l'intervention a lieu.

A l'ouverture de la cavité péritonéale le pus s'écoule en abondance. Les adhérences contractées ont formé un sac indépendant du reste de la cavité abdominale. Grandes irrigations et drainage comme dans un abcès simple.

Depuis, température abaissée, état général beaucoup amélioré. Bonne voie de guérison.

Enfin, le troisième cas été opéré à froid. C'est un jeune homme de 16 à 17 ans, écolier, qui a eu quelques attaques assez fortes. L'appendice enlevé, la cavité péritonéale est complètement refermée.

L'opération et ses suites sont un succès.

Ainsi nous pouvons constater par ces quelques cas que l'intervention chirurgicale n'est jamais trop hâtive.

Octobre 1899.

Dr Georges CARRIER.—*Contribution à l'étude des Obsessions et des Impulsions à l'Homicide et au Suicide chez les dégénérés, au point de vue médico-légal, par le Dr Georges CARRIER. Volume in-8 de 194 pages.—Prix..... 3 francs.*

Dr G. LE DUIGOU.—*Contribution à l'étude du Pronostic de l'Epilepsie chez les enfants, par le Dr G. LE DUIGOU. Volume in-4 de 56 pages.—Prix..... 2 fr. 50.*
Publications du Progrès Médical, Paris, 14, rue des Carmes.