

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

CARDIOPATHIE ET MARIAGE.

DR ARTHUR SIMARD *Prof. à l'Université Laval.*

L'Hygiène, qui veille à prévenir les maladies et l'aggravation de celles déjà existantes, s'est depuis longtemps occupée de la question, à savoir, si l'on doit permettre et conseiller le mariage, à une jeune fille ou femme en état d'affection cardiaque. Car, l'un des buts du mariage, n'est-il pas vrai, c'est la procréation des enfants, et la jeune fille qui se marie, se met dans la position de devenir enceinte, et doit être en état de supporter les fatigues inhérentes à son état de grossesse, de son accouchement et des suites de couches, trop souvent traversées d'accidents.

Quelle doit être la réponse du médecin, à la jeune fille qui vient lui demander une opinion formelle, de laquelle, peut dépendre sa destinée future ?

En d'autres termes, peut-on permettre le mariage à une jeune femme atteinte de lésion cardiaque, quelqu'en soit la nature ?

Autrefois, il y a à peine 10 ans, la discussion n'était pas longue ; la constatation d'une lésion orificielle, suffisait au médecin pour qu'il se prononçât pour la négative, tant il était d'opinion courante, qu'une telle lésion, était incompatible avec l'évolution d'une grossesse normale. Aujourd'hui, l'on paraît en être un peu revenu de cette sévérité draconienne et grâce aux travaux récents du Dr Chs Vinay, de Lyon, en particulier, on tâche de se former une opinion suivant la qualité de l'affection cardiaque.

Peter, qui a tenu avec tant de brio, la chaire de clinique médicale à la faculté de Paris, avait posé cette formule : fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse : mère, pas d'allaitement. Mais il n'y a pas de doute aujourd'hui, que cette opinion, déjà combattue dans le temps par Jaccoud et Huchard, est beaucoup trop exclusive.

Nous allons tâcher d'élucider cette intéressante question et essayer d'en dégager quelques conclusions pratiques.

Le substantiel et savant article, publié sur ce sujet, dans le *Lyon Médical* par le Dr Chs Vinay, nous sera d'un grand secours, dans cette discussion, où le pour et le contre sont défendus par des autorités médicales.

Et d'abord, quelles sont les raisons, sur lesquelles, un certain nombre s'appuient pour proscrire aux cardiaques, l'entrée du mariage ?

Le premier argument est basé sur l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur les maladies du cœur.

Le cœur s'hypertrophie durant la grossesse, et ce fait est un péril pour une femme atteinte d'une lésion orificielle.

La pathogénie des accidents pulmonaires qui en sont directement la conséquence, ont été mis en lumière par le prof. Peter.

“ Prenons, dit Peter, une insuffisance mitrale, sous l'influence de la contraction du ventricule devenue plus énergique, l'insuffisance mitrale s'aggrave, car le sang rétrograde alors du ventricule dans l'oreillette, sous une pression plus forte, puisque le ventricule est hypertrophié, et en plus grande quantité, puisqu'il en circule davantage. De sorte que, de proche en proche (de l'oreillette gauche dans les veines pulmonaires et de celles-ci dans les capillaires du poumon) il se produit une stase sanguine dans tout le système circulatoire (poumon) par excès de pression rétroactive. D'où il suit, que les accidents pulmonaires, qui chez la femme enceinte, dont le cœur est sain, ne dépassent jamais certaines limites, peuvent prendre et prennent de grosses proportions chez celles dont le cœur est malade.

Mais les troubles ne restent pas limités à la petite circulation. La circulation générale est aussi atteinte ; de là des congestions viscérales amenant des épistaxis, des hématomèses qui sont cependant plus rares que les hémoptysies ; de là des congestions de tous les organes viscéraux, du rein en particulier, qui déterminent la présence de l'albumine dans les urines.”

“ Il y a plus encore, dit Tarnier : Plus les grossesses se renouvellent, plus les complications ont de la tendance à se reproduire et à devenir graves.

Maintenant, lorsqu'une affection cardiaque a existé avant la grossesse, il peut, sous l'influence de la gestation, survenir des récidives, de nouvelles poussées inflammatoires avec toutes leurs conséquences sérieuses.”

Ainsi donc, suivant ces auteurs lorsqu'une lésion cardiaque existe, la production d'une grossesse peut déterminer des accidents nombreux et graves.

Cependant, il faut être de bon compte ; ces accidents ne surviennent pas toujours, fatalement. et il y a un fait certain, c'est qu'un bon nombre de cardiaques ont pu devenir enceintes, plusieurs fois de suite, sans qu'on ait observé chez elles la moindre complication.

Tarnier insiste aussi sur l'influence de l'accouchement chez les cardiaques. " Au moment de l'accouchement, dit-il, la circulation générale semble devenir plus active ; de plus la femme fait des efforts quelquefois considérables.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'asystolie soit plus marquée pendant le travail, que les syncopes et la mort subite aient pu être observées avant que la femme ne soit accouchée. Néanmoins cela est encore relativement assez rare."

Pour ce qui est des suites de couches, d'une manière générale la déplétion utérine devrait faire tout rentrer dans l'ordre.

Cependant, dit encore Tarnier, il n'en est pas toujours ainsi. Les accidents peuvent persister et les femmes succomber. On a même noté quelques morts subites.

Dans d'autres cas, c'est au bout de quelques heures ou plus tardivement que la mort arrive. Il faut faire ici une bonne place pour les suites de couches séptiques qui sont un très grand danger pour la parturiente souffrant de lésion cardiaque.

En résumé, si on en juge par les statistiques publiées, la mortalité des femmes cardiaques aggravées par la grossesse et ses conséquences seraient de 13 % à 61 % (rétrécissement mitral).

Si d'un autre côté on regarde l'influence des affections cardiaques sur la grossesse on trouve encore des faits intéressants.

Suivant Budin, Durosier, Peter, l'avortement et l'accouchement prématuré sont souvent la conséquence de ces lésions.

Sur 214 accouchées cardiaques, 126 allèrent à terme et 88 avant terme. (Porak). L'influence des maladies du cœur sur la terminaison prématurée de la grossesse est comme on peut le voir, assez surabondamment prouvée

Quand aux enfants, ils sont parfois expulsés morts ; si dans beaucoup de cas, ils sont bien développés et bien constitués, il n'est pas rare de les voir naître petits et chétifs, (Durosier).

C'est en face de ces faits aussi graves, que la plupart des auteurs inclinent à déconseiller le mariage. Néanmoins, il ne faudrait pas être trop exclusif, et il me semble qu'il faudrait faire la part de chaque affection en particulier. Même Tarnier admet qu'il ne faut pas exagérer vu qu'un bon nombre de femmes atteintes d'une affection quelconque du cœur (organique) ont pu mener à bonne fin et sans inconvénients leurs grossesses.

Jaccoud est moins absolu que la plupart des médecins. Il cherche à distinguer selon les cas. " Si, dit-il, la femme n'a *jamais* souffert et que ses lésions sont *compensées* il n'y a pas de raisons de lui interdire le mariage."

Le Dr Chs Vinay de Lyon, se rattache à l'opinion de Jaccoud et dans le numéro de mai du *Lyon Médical*, apporte encore de nouvelles preuves à l'appui de sa thèse.

D'abord, dit-il, le nombre des cardiaques parmi les accouchées est très restreint. Sur 5,000 accouchées, auscultées sérieusement, le nombre des cardiaques ne dépassait pas 80, ce qui est peu.

De plus, il affirme, chiffres en main, que la fréquence des accidents gravido-cardiaques, a été exagérée et chez les $\frac{2}{3}$ des cardiaques, la grossesse et l'accouchement peuvent passer sans accidents, ou avec des signes insignifiants.

Pour se prononcer, dit-il, avec équité, il faut faire une sélection parmi les cardiaques et les diviser d'après la nature de la lésion : Les unes valvulaires, les autres artérielle ou rénale, variété qu'il déclare exceptionnelle.

" Le gros cœur gauche, avec bruit de galop sans lésions valvulaires, est une complication redoutable de la grossesse ; l'augmentation de l'albumine est la règle et avec elle on voit s'élever la pression artérielle, tandis que les troubles respiratoires, l'œdème, l'anasarque, la congestion du foie et des poumons, viennent interrompre la gestation et mettre en danger les jours de la patiente : Il en est autrement des cardiopathies d'origines valvulaires, et si la maternité est une éventualité redoutable pour un cœur hypertrophié, affaibli et déjà insuffisant, elle ne constitue point une épreuve qu'on doive écarter quand le fonctionnement de l'organe a été jusque-là normal."

Le Dr Vinay nie aussi l'hypertrophie gravidique qui est admise comme un dogme, la gestation n'aurait qu'une influence insignifiante sur le fonctionnement du cœur. De là, le peu d'influence que peut avoir la grossesse sur un cœur quelque peu atteint.

Néanmoins, il croit prudent de mettre en garde les intéressées contre le danger des grossesses répétées, surtout quand elles se succèdent à de courts intervalles : la résistance du myocarde ne peut être indéfinie et il arrive un moment où, par le fait de parturitions trop nombreuses, ou trop rapprochées, son insuffisance apparaît et peut devenir définitive.

Même à ce point de vue, il y a une grande variabilité d'une femme à l'autre cette résistance variable dépend pour une part de l'étendue de l'altération valvulaire ; on sait que certains rétrécissements sont plus ou moins serrés, de même qu'il existe des insuffisances plus ou moins larges. Il faut tenir compte encore du siège même de la lésion : ainsi l'insuffisance aortique est plus facilement compensée que l'insuffisance mitrale. " Je dois signaler aussi l'immunité exceptionnelle qui accompagne souvent le rétrécissement mitral pur, la maladie de Durosier, car de toutes les lésions valvulaires c'est peut-être celle qui est compatible avec la plus longue survie

En somme, je conclus avec des cliniciens éminents, comme Jaccoud, Huchard, qu'il n'y a aucune raison d'interdire le mariage chez les cardiopathes, lorsque la lésion est compensée et qu'il n'est survenu aucun accident : mais en raison du danger qui résulte des grossesses répétées, il ne faudrait autoriser le mariage et la *maternité* qu'à la condition de rester dans les *bornes de la modération*.

Par contre, s'il y a eu déjà des accidents, s'il est survenu des signes d'insuffisance cardiaque comme la congestion pulmonaire, des hémoptysies, de l'arythmie et surtout lorsqu'il existe de l'albuminurie persistante avec gros cœur, on peut affirmer que la gestation sera gravement troublée et l'avenir de l'enfant compromis."

En somme pour le Dr Vinay, pas d'absolutisme, chaque cas voulant être examiné en particulier, et quand il n'y a pas d'affection rénale, qu'il n'est rien survenu et que la compensation existe, on peut, sans crainte, permettre le mariage pourvu qu'on n'accumule pas grosse sur grossesse.

Le prof. Leyden qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, n'est pas aussi optimiste que le Dr Vinay.

Il commence par établir dans ses démonstrations 1^o que les femmes cardiaques deviennent aussi facilement et aussi fréquemment enceintes que les femmes saines et ceci basé sur des observations sérieuses.

2^o Qu'elles sont plus sujettes à l'avortement et que la gestation les expose aux dangers sérieux d'une aggravation plus ou moins notable, passagère ou permanente, de leur affection.

En somme, leur vie est menacée, et la mort survient fréquemment soit, mais rarement, durant la gestation, soit, plus souvent, pendant l'accouchement, soit, et le plus souvent, peu de temps après la délivrance.

De plus, parmi celles qui se relèvent de leurs couches en apparence sans dommage, il en est même un bon nombre dont la lésion reste en réalité définitivement aggravée

Aussi comme conclusion, le prof. Leyden est il d'avis que le médecin doit en général déconseiller le mariage aux jeunes filles atteintes de lésions valvulaires.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'observer trois multipares cardiaques, deux avec des lésions mitrales et l'autre une insuffisance aortique, et les résultats définitifs n'ont pas été très encourageants. La parturiente portant une lésion aortique s'en est bien tirée. La maladie dans la suite n'a pas paru avoir été notablement aggravée. Mais les résultats n'ont pas été aussi simples chez les deux autres. Les lésions mitrales ont notablement augmenté durant la gestation et après l'accouchement elles ont vu leur lésion cardiaque définitivement aggravée. L'une d'elle est actuellement en pleine cachexie cardiaque.

Pratiquement, quelle ligne de conduite doit-on tenir, quand on est consulté sur les dangers d'un mariage chez une cardiaque ?

Le jugement définitif, à mon avis, doit être basé sur les faits suivants : 1° la grossesse aggrave très souvent la maladie cardiaque existante. 2° Elle est souvent interrompue dans sa marche, par le fait de ces lésions, (autre danger pour la parturiente). 3° L'état puerpéral peut être cause de mort de la femme. Voilà le côté sombre de la question.

Mais on doit toujours se rappeler qu'il y a un assez bon nombre de femmes cardiaques qui résistent aux fatigues d'une grossesse, sans voir leur maladie s'aggraver.

De plus, je crois que l'on doit tenir compte de la qualité de la lésion, des accidents qui ont ou qui n'ont pas apparus, et du degré de compensation.

Si la lésion est et a toujours été fort bien compensée on peut, avec certaines réserves, permettre le mariage en s'appuyant sur l'opinion émise par des cliniciens éminents, comme Jaccoud, Huchard, Vinay, etc.

Je ne crois pas cependant, que le médecin doive cacher la vérité à la jeune personne qui le consulte. Au contraire, s'il y a l'ombre d'un danger immédiat ou lointain par le fait d'une grossesse, le devoir le plus strict du médecin, lui-il être cruel pour les parties contractantes, sera de faire connaître les dangers futurs et une interdiction formelle pour les cardiopathies assez avancées, afin que, si plus tard il survenait des accidents, sa responsabilité fut à couvert.

Car un fait doit rester bien présent à l'esprit, c'est que dit mariage, dit grossesse, et la grossesse est une cause d'aggravation de la lésion pré exist-

tante, c'est pourquoi, il faut savoir mettre les intéressées en garde quand il en est encore temps.

Cela ne veut pas dire que l'opinion du médecin sera toujours écoutée, loin de là, mais il aura accompli son devoir, pénible à la vérité, avec lequel il ne doit jamais transiger.

DR ARTHUR SIMARD.

25, Ste-Ursule.

NATURE DU GLAUCOME

Explication de l'action curative de l'Iridectomie.

Notes recueillies à la leçon clinique du docteur Ch Abadie, Paris, le 23 novembre 1897, par le Dr L. O. Gauthier, ancien chef de clinique.

Le glaucome aigu et sub-aigu, procédant par crises (obnubilations passagères de la vision, cercles colorés autour des flammes) ne peut s'expliquer ni par une altération permanente de la région scléro-cornéenne, ni par l'effacement de l'angle irido-cornéen, ni par un changement de structure de l'espace de Fontana. A des désordres permanents devraient correspondre des troubles fonctionnels permanents et non transitoires. Des perturbations passagères, disparaissant sans laisser de traces, nécessitent l'intervention du système nerveux.

L'opinion d'une origine nerveuse a bien déjà été émise, mais jusqu'ici c'est à la cinquième paire qu'on a attribué une action prépondérante.

Les découvertes récentes sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux doivent enlever au trijumeau un rôle qui ne lui appartient pas. C'est un nerf purement sensitif exclusivement chargé de transmettre aux centres les impressions périphériques. Il est centripète et non centrifuge.

L'influence trophique qu'on lui avait reconnue jusqu'ici dans la nutrition de l'œil doit être répartie aux fillets du sympathique qui l'accompagnent et entrent ensuite dans la constitution des nerfs ciliaires. Si l'on répète, en effet, l'expérience de Magendie et de Snellen, la section intra-cranienne du trijumeau dans le but de déterminer des troubles trophiques de la cornée, ces troubles ne se manifestent plus ou sont enrayés dans leur développe-

ment quand on coupe simultanément le sympathique cervical du même côté. Ces faits ont été bien mis en lumière par les travaux de M. Spallita (*Annales d'Oculistique*, juil. 1896).

La même chose a lieu en chirurgie où l'ablation du ganglion de Gasser n'est presque jamais suivie de complications oculaires (voir l'ouvrage de Krause. *Die Neurologie*, etc) C'est aux fillets du sympathique qui longe le tronc nerveux dans le crâne pour se rendre ensuite à l'œil par l'intermédiaire des nerfs ciliaires qu'il faut attribuer le rôle principal dans ces troubles nutritifs de l'œil.

Ceci bien établi, nous allons démontrer que, dans le glaucome, tout se comporte comme s'il y avait une excitation tantôt passagère (forme aiguë à crises) tantôt permanente (forme chronique), des fibres vaso-dilatatrices des vaisseaux de l'œil. Tel est, nous espérons le prouver, le véritable point de départ de la maladie. Tous les autres symptômes et phénomènes morbides découlent de celui-là.

L'augmentation de tension résulte de la réplétion sanguine exagérée des vaisseaux et peut-être aussi de l'hypersecretion des liquides intra-oculaires qui en est la conséquence.

François Frank a fait cette remarque importante que les vaso-dilatateurs de l'œil ont la même origine médullaire, et suivent le même trajet que les nerfs dilatateurs de la pupille. Rien d'étonnant dès lors que la pupille soit constamment dilatée dans le glaucome, l'excitation de ses nerfs dilatateurs ayant lieu en même temps que celle des dilatateurs des vaisseaux de l'œil. Mais la preuve la plus éclatante que le glaucome est bien réellement provoqué par une vaso-dilatation des vaisseaux sanguins de l'œil nous est fournie par l'action des mydriatiques et des myotiques. Par l'emploi de ces substances, nous pouvons à volonté provoquer ou faire disparaître les phénomènes glaucomateux. Or, ces agents sont tout simplement des dilatateurs ou des constricteurs des vaisseaux de l'œil comme ils le sont de la pupille.

L'atropine aggrave toujours, quand elle ne les provoque pas, les crises glaucomateuses ; or, l'atropine a une action vaso-dilatatrice incontestable. L'éserine, au contraire, diminue constamment l'intensité des crises de glaucome et elle est essentiellement vaso-constrictive. On peut donc, par le maniement de ces deux substances, provoquer ou faire disparaître le glaucome.

N'a-t-on pas ainsi en main la preuve expérimentale de la véritable nature de la maladie ?

L'iridectomie agit sûrement dans le glaucome aigu, dans le glaucome sub-aigu et d'une façon générale dans toutes les formes de glaucome où les troubles fonctionnels sont intermittents. Comment expliquer l'action curative de cette opération ? Voici nos idées à ce sujet :

Dans les conditions normales, les courants nerveux qui règlent les rapports réciproques des dilations et des contractions vasculaires, parcourent le plexus circulaire nerveux situé dans la partie moyenne de l'iris, dans lequel aboutissent un certain nombre de filets ciliaires.

Quand le courant nerveux vaso-dilatateur l'emporte, il parcourt sans interruption ce plexus circulaire, et la dilatation des vaisseaux de l'œil en est la conséquence. Mais, si l'on vient à couper ce plexus nerveux, l'action surexcitante du courant dilatateur cesse, et tout rentre dans l'ordre.

Les vaisseaux sanguins n'ont plus désormais que leur dilatation moyenne. Dans l'iridectomie ce n'est donc pas l'excision de l'iris lui-même, qui agit, mais bien l'excision d'une portion du circuit nerveux qu'il renferme.

La démonstration rigoureuse du bien fondé de cette application théorique est facile à établir. Dans le glaucome aigu, si l'on excise simplement comme cela est arrivé quelque-fois, soit le sphincter pupillaire, soit la périphérie ciliaire de l'iris sans toucher à la zone moyenne qui contient le plexus circulaire, l'action opératoire n'a plus aucune action ou vertu curative. Si par contre on se contente d'exciser la portion irienne moyenne, contenant le réseau nerveux en laissant intactes les portions sphincteriales ou ciliaires, le malade guérit aussi bien qu'avec l'excision complète. De même peu importe que la brèche irienne soit large ou étroite, pourvu qu'elle comprenne toute la largeur de l'iris. Je dis plus : une simple section sans excision serait suffisante.

Preuve aussi que ce n'est pas, comme le voulaient quelques-uns, la section scléro-cornéenne, la sclérotomie qui guérit, c'est que, si on n'y joint pas l'excision de l'iris, le répit n'est que de quelques jours, le glaucome réapparaît. Si, au contraire, alors même que la section porte en plein tissu cornéen, l'iris est excisé convenablement, le succès est aussi complet que lorsque l'emplacement de la section est dans la sclérotique.

Cet ensemble de preuves démontre, je pense, d'une façon péremptoire, que c'est bien l'excision ou même la simple section du plexus nerveux que contient l'iris qui fait cesser ces phénomènes glaucomateux.

Le glaucome chronique se présente sous un aspect un peu différent. Ici il n'y a plus d'intermittence dans les phénomènes. La tension intra-oculaire

s'élève lentement, progressivement, entraînant à la longue l'atrophie glaucomateuse de la pupille, sans provoquer le moindre symptôme réactionnel.

Dans cette forme de glaucome, ni l'iridectomie, ni la sclérotomie ne donnent d'ordinaire de résultats durables. Faut-il en conclure que la nature de la maladie est différente ?

Non, nous en avons encore la preuve dans l'action de l'atropine et de l'ésérine qui reste la même que dans les formes aiguës ou à crises intermittentes. La vaso dilatation des vaisseaux de l'œil est encore en jeu, car les instillations d'atropine sont toujours néfastes.

L'ésérine et la pilocarpine au contraire vaso constrictives améliorent toujours, ce sont à vrai dire les seuls remèdes du glaucome chronique simple. Les myotiques n'ont une action curative qu'à la condition d'être instillés régulièrement, systématiquement tous les jours. Dès qu'on cesse leur emploi la tension intra oculaire s'élève de nouveau et la maladie reprend son cours. Pourquoi ? Parcequ'au bout de vingt quatre heures l'action vaso-constrictive de l'ésérine est épuisée et pour maintenir cette vaso-contraction, une nouvelle instillation est nécessaire. On ne saurait exiger une preuve plus convaincante.

Dans le glaucome chronique simple la vaso-dilatation des vaisseaux de l'œil est permanente. S'il s'agissait comme l'ont soutenu certains auteurs, d'une désorganisation matérielle des enveloppes de l'œil ou même du nerf optique, est-ce que l'action de l'atropine et de l'ésérine, qui permettent pour ainsi dire de modifier à notre gré la maladie, serait compréhensible ? Mais dira-t-on pourquoi l'iridectomie n'agit-elle plus alors comme dans les formes aiguës et intermittentes ? L'explication n'est peut être pas très aisée à donner. Nous allons dire néanmoins comment nous la concevons.

Dans les formes aiguës et intermittentes, ce serait surtout les vaisseaux du segment antérieur de l'œil qui entreraient en jeu. Les dilatations vasculaires se feraient sentir dans les procès ciliaires et l'iris et les filets nerveux qui règlent la vaso-dilatation et la vaso-contraction de ce département vasculaire seraient précisément ceux qui se rendent dans le plexus nerveux irien. Donc, section de ce plexus, cessation de la vaso dilatation Cette hypothèse est d'autant plus acceptable que ces nerfs vaso-dilatateurs, comme nous l'avons déjà dit, ont la même origine, le même trajet que ceux qui vont dilater la pupille.

Dans le glaucome chronique simple, ce n'est plus l'irrigation de ce département vasculaire de l'œil qui présenterait des modifications.

La dilatation des vaisseaux n'aurait lieu que dans la transe choroïdienne, dès lors les phénomènes d'hypersécrétion qui accompagnent cette vaso-dilatation seraient beaucoup moins actifs, la tension s'élèverait beaucoup plus lentement, mais d'autre part les filets nerveux vaso-dilatateurs de cette région n'étant plus les mêmes et n'aboutissant plus au plexus irien, la section de ce plexus n'aurait plus une action curative.

Si avec l'iridectomie nous sommes bien armés pour combattre toutes les formes de glaucome aigu, sub-aigu à crises intermittentes, nous le sommes moins contre le glaucome chronique simple. Dans beaucoup de cas, ni l'iridectomie, ni la sclérotomie, ne donnent de résultats satisfaisants, et c'est encore l'emploi régulier et systématique des myotiques, qui, sans amener la guérison maintient pourtant l'œil dans le *status quo*.

Il faut même avouer que nous restons encore certaines formes de glaucome chronique simple qui, malgré l'iridectomie, la sclérotomie et l'emploi régulier des myotiques, continuent leur marche extrêmement ralentie, il est vrai, mais encore progressive, acheminant le malade vers la cécité.

Dans ces cas qui défilent encore toutes nos ressources thérapeutiques actuelles, il y a lieu de chercher la guérison par d'autres moyens. On pourrait, ce nous semble, agir sur les nerfs vaso-dilatateurs de l'œil en coupant le tronc du sympathique cervical qui les renferme, comme on le fait avec succès dans le goitre exophtalmique. D'ores et déjà, je crois pouvoir prédire que la section du sympathique cervical jouera bientôt un grand rôle en ophthalmologie. L'excision du ganglion ophthalmique donnerait aussi de bons résultats. Mais cette opération ne paraît guère pratique en raison de la petitesse de ce ganglion, perdu au milieu de la graisse de l'orbite et aussi de la difficulté très grande d'éviter la section des artères ciliaires et de l'artère centrale de la rétine. On pourrait néanmoins la tenter à la place de l'enucléation dans les cas de glaucome douloureux avec perte de la vision.

Il y aurait encore une autre manière de tourner la difficulté dans le glaucome chronique simple. Ce serait de s'efforcer d'obtenir une cicatrice à filtration.

Ce n'est pas alors, il est vrai, à la nature même du mal qu'on s'attaque, mais à ses effets. On n'empêche pas l'hypersécrétion des liquides mais, en favorisant l'écoulement on ramène la tension intra-oculaire à la normale. La sclérotomie simple, malheureusement, n'a pas donné à cet

égard les résultats qu'on pouvait en espérer. D'ordinaire les lèvres de la plaie se réunissent régulièrement sans subir la dégénérescence cystoïde et la filtration des liquides en excès ne se fait guère mieux après qu'avant.

Pour rendre la cicatrice cystoïde et perméable, on pourrait, une fois la section de la sclérotique achevée, laisser quelques temps entre les lèvres de la plaie soit une anse de fil catgut, soit un lambeau conjonctival, comme on l'a déjà proposé. C'est aux chirurgiens à s'ingénier et à modifier la sclérotomie simple, de façon à ce qu'elle soit suivie de dégénérescence cystoïde permanente jouant le rôle d'une soupape de sûreté et ne permettant pas à la tension intra-oculaire de s'élever au dessus d'une certaine limite.

Paris 23 novembre 1897,

A Québec le 12 novembre 1899.

Clinique des maladies internes à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu

Par le DR J. BROCHU.

Phthisic Pulmonaire et syphilis du poumon.

(Suite.)

3^{ème} OBSERVATION. Le malade que nous avons observé au lit 33 est âgé de 41 ans; il a exercé les métiers de menuisier et de peintre depuis plusieurs années. Comme antécédents personnels, il dit avoir fait un usage régulier et un peu abusif des boissons alcooliques pendant les sept à huit ans qui ont précédé sa maladie; durant la même période, il a été atteint d'une inflammation aiguë des poumons et il eut une attaque de colique saturnine suivie de la paralysie des extenseurs de la main et de l'avant-bras. Depuis ce temps, il a senti diminuer ses forces; il était porté à la toux et il éprouvait un essoufflement facile durant les exercices; enfin, il y a sept mois, des attaques d'hémoptysie, qui se sont répétées à différents intervalles, l'ont forcé à venir demander son admission dans nos salles.

Comme antécédents héréditaires, il rappelle que son père est mort de consommation à la suite de pleurésie, à l'âge de 42 ans, de même un frère et une sœur, l'un et l'autre vers l'âge de trente ans; de plus, un autre de ses frères souffre actuellement d'hémoptysie.

Au printemps dernier, se sentant assez bien remis des suites de son crachement de sang, après un séjour de quelques semaines à l'hôpital, il crut pouvoir reprendre son travail, mais la faiblesse générale et des douleurs particulièrement vives dans la région lombaire et sur le trajet du nerf sciatique droit l'obligèrent à revenir dans nos services. Son attention fut alors attirée sur une excroissance un peu douloureuse vers l'extrémité sternale de la troisième côte gauche; l'inflammation gagna les tissus voisins et se termina par un abcès qui fut traité par l'incision et le râclage de l'os malade; la guérison ne fut pas complète cependant, et il en est resté une fistule qui semble faire communiquer l'air avec la cavité pleurale. Peu de temps après, il nous fit remarquer qu'il portait une induration à l'un des testicules dont le développement parut assez rapide. Renvoyé de nouveau dans le service de la chirurgie, il dut subir l'ablation de la partie affectée. Ces deux lésions furent rattachées au même processus pathogénique de la tuberculose qui avait primitivement envahi son poumon.

Interrogé, d'une manière particulière, au sujet des commémoratifs de la syphilis, il se dit parfaitement indemne de tout antécédent spécifique; il n'en porte, d'ailleurs, aucun stigmate appréciable en dehors de ces lésions localisées à une côte et à un testicule dont le début et le siège pouvaient éveiller, à première vue le soupçon d'accidents tertiaires de l'infection syphilitique. Mais la recherche des bacilles dans les crachats ayant donné des résultats positifs, il ne pouvait guère rester de doute sur la nature de l'affection du poumon et même des localisations extra-pulmonaires.

A l'examen, la percussion dénote une diminution de la sonorité dans la partie supérieure des deux poumons; la matité étant plus prononcée à gauche. A l'auscultation, on découvre, des deux côtés de la poitrine, des foyers disséminés de l'infiltration tuberculeuse, aux différentes périodes, avec signes correspondants, et l'on remarque particulièrement une respiration cavernueuse avec gargouillement à la région interscapulaire, du côté gauche.

Le diagnostic ne pouvait guère être hésitant en face d'un sujet dont l'hérédité, déjà chargée, (père, frères, sœur, victimes de la tuberculose) avait été aidée par l'influence nocive d'un usage prolongé et abusif des liqueurs alcooliques, et qui, par son syndrome pulmonaire actuel, réalisait un type pour ainsi dire classique de la tuberculose pulmonaire chroni-

que, d'ailleurs, nettement confirmée par la présence des bacilles dans les crachats.

Ce cas ressort, cependant, de la banalité de l'évolution de la phthisie tuberculeuse par deux éléments dont les rapports seront importants à apprécier dans la discussion du diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilis pulmonaires : ce sont 1^o l'abcès costo-pleural et l'infiltration néoplasique de la glande testiculaire ; 2^o les signes physiques (souffle à timbre creux avec râles muqueux et gargouillement à la région du hile du poumon) qui, comme on vous l'a appris, rentrent plutôt dans le cadre symptomatique de la syphilis dont les lésions débutent souvent à ce foyer.

4ème OBSERVATION. Il me tardait d'arriver à vous soumettre l'observation de cette dernière malade sur laquelle se concentrera l'intérêt le plus particulier de cette leçon puisqu'elle nous fournira le meilleur exemple pour vous indiquer les règles à suivre dans la recherche et l'interprétation des signes du diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis pulmonaires, à la période où ces processus réalisent le syndrome de la phthisie vulgaire qui fait le sujet de cette étude.

Il s'agit de la malade que nous avons examinée, ce matin, au lit 95. L'histoire qui nous en est fournie et que vous avez pu d'ailleurs corroborer par cet examen est la suivante :

C'est une femme âgée de 42 ans, mariée et mère de trois enfants. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant à noter. Parmi ses antécédents personnels dont les rapports pathologiques méritent le plus d'être étudiés au point de vue qui nous occupe, nous devons mentionner, en premier lieu, que ses quatre premières grossesses ont été interrompues par des avortements, à quatre mois, avec fœtus morts ; les trois dernières n'ont pas été compliquées et lui ont permis de rendre à terme des enfants bien portants, malgré qu'elle n'eût été soumise à aucun traitement spécial. Elle rappelle avoir eu, il y a quelques années, plusieurs attaques d'inflammation de poitrine, qu'elle désigne sous le titre de pleurésies, mais qui guérissaient assez rapidement sous l'influence du traitement. Sa résistance générale a semblé diminuer peu à peu, cependant, depuis ces atteintes, enfin, il y a trois ans bientôt, elle a été prise d'hémoptysies assez abondantes, dont les attaques se sont répétées trois fois, à intervalles de 1 et 2 mois. Ces hémoptysies étaient précédées de malaise général, avec état fébrile et quintes de toux.

Admise à l'hôpital, lors de son premier crachement de sang, elle se crut assez bien rétablie, au bout de trois semaines, pour retourner à son domicile; une seconde attaque, deux mois après, la força à revenir demander sa place dans nos services, d'où elle n'est plus sortie depuis.

Vers cette même époque, elle remarqua un gonflement à la partie dorsale de l'articulation du poignet, dont les mouvements devinrent de plus en plus gênés et douloureux; cette tuméfaction s'étendit et détermina, plusieurs mois après, un abcès pour lequel elle fut traitée au service de la chirurgie. La guérison, de même que pour lésion costale de notre malade précédent, n'a pas été complète; une fistule s'en est suivie qui laisse écouler un liquide clair, légèrement jaunâtre; de plus, on constate aujourd'hui de la mobilité avec crépitation à la tête des os de l'avant-bras, ce qui indique que l'articulation a été profondément atteinte.

Lors de sa première admission à l'hôpital, cette malade fut considérée comme un cas de tuberculose à la deuxième période; elle présentait en effet des signes d'infiltration avec craquements disséminés dans le sommet du poumon droit: ce qui, joint aux accidents d'hémoptysie avec état fébrile, et à l'arthrite fongueuse du poignet, parut suffisant, à première vue, pour justifier le diagnostic de tuberculose. Malgré le traitement, l'évolution de la maladie fut progressive. Quelques mois plus tard, après un changement dans le service médical de l'hôpital, cette même malade fut soumise à un nouvel examen: ses commémoratifs de fausses couches répétées, au 4ème mois, avec fœtus morts, en même temps que certains signes physiques témoignant de lésions localisées vers le hile du poumon droit, éveillèrent le soupçon bien arrêté d'une pneumopathie primitivement syphilitique, et, le diagnostic de syphilis du poumon ayant été substitué à celui de phthisie tuberculeuse, elle fut soumise, d'emblée, au traitement spécifique, sans qu'il ait été fait mention, cependant, de la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats. Nous devons ajouter que la lésion de l'articulation du poignet, qui avait été regardée, en premier lieu, comme une localisation extrapulmonaire du même processus de la tuberculose dont le poumon paraissait révéler les indices, fut mise en ligne de compte, cette fois, dans le nouveau diagnostic; comme une autre lésion en évolution dérivant de la syphilis et comme un témoin qui corroborait l'idée de pneumopathie syphilitique.

La malade pleine d'espérance dans le nouveau traitement qui lui faisait entrevoir des résultats beaucoup plus décisifs et plus prompts, a sou-

vent rendu le témoignage, dans la suite, qu'elle en éprouvait une amélioration très sensible, du moins, dans certains symptômes qui furent atténués, d'une manière assez marquée, malgré certaines recrudescences à différents intervalles. L'intolérance de l'estomac, avec crises de diarrhée et accès fébrile, obligea, cependant, à de fréquentes interruptions de la médication iodurée.

Ces témoignages de la malade et ces périodes d'accalmie dans l'évolution de plusieurs symptômes de la maladie pulmonaire, sous l'influence du traitement spécifique, ordonné et suivi avec conviction, n'ont pas manqué d'accréditer aux yeux de tous pendant un certain temps, le diagnostic du syphilis du poumon et de se servir d'argument à l'encontre de celui de phthisie tuberculeuse. Mais dans leur ensemble les résultats, de cette longue période de traitement spécifique, comme vous avez pu vous en convaincre, sont loin de donner l'idée de l'un de ces triomphes thérapeutiques dont parle Dieulafoy, en rappelant que des cas de syphilis pulmonaire, simulant même la gangrène du poumon, ont pu s'améliorer et guérir, dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois, sous l'influence du traitement mixte par l'iode et le mercure. En effet, l'examen que nous avons fait, comme prélude à cette leçon, vous a révélé un état de sclérose avancée dans la moitié supérieure du poumon droit, avec disparition de tout murmure respiratoire normal et râles, craquements, matité en même temps que souffle et gargouillement à la région du hile. Le poumon gauche, de son côté, présentait au sommet des signes d'infiltration secondaire, à son début, (submatité, respiration rude prolongée et crépitation dans la fosse sus-épineuse,) comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre dans le cours d'une tuberculose chronique dont l'évolution n'aurait pu être entravée par le traitement suivi.

Nous ajouterons, pour compléter l'historique de ce cas controversé, que la recherche des bacilles tuberculeux dans deux examens antérieurs et notamment dans celui que nous avons fait faire en vue de cette leçon, a donné, chaque fois, des résultats positifs qui nous permettent de trancher sûrement la question, du moins pour ce qui regarde le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Mais si cette expertise bactériologique, plusieurs fois répétée, établi sur une base indiscutable le premier diagnostic de phthisie tuberculeuse auquel nous nous étions arrêté, il y a deux ans, lors de la première admission de cette malade, elle ne saurait, d'un autre côté, nous permettre

d'éloigner sûrement le soupçon d'une syphilis pulmonaire concomitante. En effet, il n'existe aucune incompatibilité entre ces deux processus : tuberculose et syphilis peuvent se développer chez le même sujet, d'une manière contemporaine, et dans un même organe ; les lésions syphilitiques pré-existantes dans le poumon pouvant servir de porte d'entrée à l'infection par les bacilles tuberculeux. Voilà pourquoi le cas que nous étudions mérite qu'on s'y arrête puisqu'il fournira à notre appréciation les principaux éléments cliniques qui doivent entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel entre ces deux entités morbides.

Le diagnostic de tuberculose ne pouvant plus être mis en doute à la suite des résultats positifs de la recherche des bacilles dans les crachats que nous avons mentionnés, voyons plutôt quels sont les signes présentés par notre malade qui ont pu servir à appuyer le diagnostic de syphilis primitive du poumon.

Ces signes, que l'on retrace dans l'histoire de ce sujet sont les suivants : 1^o les commémoratifs de fausses couches répétées, au quatrième mois avec fœtus morts, au début du mariage ; 2^o les lésions accusées vers la région du hile du poumon droit, siège fréquent des localisations syphilitiques ; 3^o l'affection de la jointure du poignet, ayant pu être considérée comme lésion spécifique en évolution, du moins à sa période d'infiltration fongueuse ; 4^o les résultats favorables, en apparence, du traitement anti-syphilitique par la médication iodurée et mercurielle.

On ne peut s'empêcher d'admettre que ce sont bien là autant de signes très propres à éveiller le soupçon rationnel d'une syphilis datant déjà d'assez loin, et susceptible, par conséquent, de déterminer du côté des poumons et du système osseux, des accidents tertiaires identiques aux lésions, que nous révèle cette observation. Arrêtons-nous maintenant à l'interprétation de chacun de ces signes et voyons quelle valeur on peut leur accorder pour établir le diagnostic différentiel qui nous occupe.

Et, d'abord, les commémoratifs de fausses couches répétées, à la même période du quatrième mois, avec fœtus morts, prouvent-ils fournir une valeur absolue en faveur de l'idée d'une infection syphilitique pré-existante ?

Bien que ces accidents de la grossesse témoignent généralement en faveur d'une influence spécifique, ils ne peuvent, cependant incriminer directement la mère : l'hérédité syphilitique paternelle, partant admise, pouvant tout aussi bien que la syphilis maternelle, entrer en ligne de compte dans la pathogénie de ces accidents ; on sait, de plus, qu'une femme aliée à

un mari syphilitique, peut concevoir plusieurs grossesses durant lesquelles l'œuf ou le fœtus subira toutes les conséquences de l'infection syphilitique, sans qu'elle même n'en ressente aucune atteinte.

Ces faits d'accidents répétés de la grossesse par la seule influence de l'hérédité syphilitique paternelle, la mère restant indemne, ont été surtout mis en lumière par les récents travaux de Fournier, qui ont démontré, en même temps, que l'on pouvait établir la sauvegarde du fœtus contaminé par l'hérédité syphilitique, en administrant, de bonne heure, le traitement spécifique à la mère, quoique saine. Ces faits, d'un intérêt tout particulier, au point de vue obstétrical, ont été acceptés et corroborés par la très grande majorité des accoucheurs. Ils nous permettent, d'un autre côté, de tirer cette conclusion pour le cas qui nous occupe, que les antécédents de fausses couches, nettement imputables à la syphilis, n'ont aucune valeur absolue, pour affirmer l'existence de cette maladie spécifique chez la mère, puisqu'ils peuvent servir aussi bien à incriminer le père; tout au plus, par conséquent, peuvent-ils établir un soupçon rationnel; mais pour en arriver à poser un diagnostic ferme, ces signes anamnestiques demandent à être corroborés par d'autres signes plus pathognomoniques.

Remarquons de plus, comme nous le rappelle l'observation, que notre malade, après ses fausses couches consécutives, a pu conduire à terme, dans ses dernières grossesses, des enfants bien portants, sans qu'elle ait subi aucun traitement spécial. On pourrait peut-être prétendre que l'influence syphilitique s'est atténuée spontanément chez cette femme; mais comme ce sont précisément les dernières grossesses, terminées sans encombre, qui ont précédé de près l'éclosion des accidents pulmonaires et des lésions osseuses du poignet, que l'on ne saurait rapporter à autre cause, en dehors de la tuberculose, qu'à une syphilis tertiaire, il me semble difficile d'admettre cette accalmie naturelle. En effet, les accidents hémoptysiques avec signes d'infiltration pulmonaire ne sont survenus que treize mois après le dernier accouchement; dans l'hypothèse d'une syphilis préexistante, il me paraîtrait plus rationnel de supposer que l'infection loin d'être éteinte, était encore en pleine virulence, puisqu'elle se préparait à envahir le poumon, et le dernier enfant n'aurait certes pas dû échapper à son influence.

Interprétons maintenant les signes tirés de l'examen du poumon.

Il vous a été rappelé que les lésions tertiaires de la syphilis ont pour siège de prédilection la région du hile du poumon droit; et l'on a pu vous faire constater, alors comme aujourd'hui, chez notre malade, les signes ordinaires qui laissent présumer cette localisation (souffle et râles vers le

bord interne et l'épine de l'omoplate, crépitation et gargouillement vers le troisième ou quatrième espace intercostal, en avant) Mais, ces signes appartiennent-ils si exclusivement à la syphilis pulmonaire qu'on puisse leur accorder une valeur absolue dans un diagnostic différentiel ?

Les cas que nous avons examinés ce matin pourraient seuls suffire pour élucider la réponse à cette question. En effet, parmi ces quatre malades, choisis pour ainsi dire au hasard dans notre service, trois offraient ces signes de localisation vers la région du hile de l'un des deux poumons, et deux d'entre eux, si nous exceptons la malade qui fait le sujet de cette discussion, étaient arrivés à un état de tuberculose avancée, sans autre soupçon d'infection syphilitique.

Il est bien reconnu, d'ailleurs, en pathologie, que la tuberculose, à ses différentes périodes, si elle détermine le plus souvent ses lésions primitives aux sommets des poumons, en arrive toujours, à plus ou moins longue échéance, à atteindre la région du hile par une infiltration descendante, à travers le parenchyme pulmonaire ou par ses localisations dans les ganglions trachéo-bronchiques, et que, même, elle peut débiter d'emblée par ce foyer des localisations syphilitiques : de telle sorte que les souffles caverneux avec râles muqueux à la région de l'épine et même avec gargouillements à la partie antérieure correspondante du poumon droit, à quelque période que ce soit d'une affection pulmonaire, ne sauraient avoir d'autre valeur que celle de signes de présomption en faveur de la syphilis et ne pourraient être considérés comme pathognomoniques pour éliminer d'autres processus morbides, susceptibles de déterminer des localisations identiques.

J'ajouterai que ces signes perdent leur plus grande valeur lorsque, comme dans ce cas-ci, on arrive à les interpréter plusieurs mois après les premiers accidents, qui ont pu permettre de constater, au premier examen, des lésions nettement accrues dans le sommet d'un poumon dont le hile ne fait que trahir, plus tard, l'évolution progressive par les signes nouveaux qu'il révèle à l'auscultation.

La *Revue Générale de Pathologie Interne*, de Paris, août 89, publiait l'analyse d'un travail de Fernet à la Société Médicale des hôpitaux, sous le titre de : "Syndrome particulier au début de la tuberculose chronique" dans lequel il retrace les symptômes qui dérivent des infiltrations tuberculeuses précoces en dehors des sommets vers la région du hile et de leur repercussion sur la base.

L'*Abrille Médicale*, (oct. 99), de son côté, reproduisait un article du Dr Rondot sous le titre de *tuberculose débutant par le hile du poumon*, dans lequel il décrit les phénomènes d'infiltration autour des grosses bronches, dans des poumons déjà altérés dans leurs sommets, et ajoute des faits qui prouvent que les localisations tuberculeuses peuvent débiter d'emblée par le hile lorsque le deuxième poumon est atteint.

La localisation des lésions vers le hile du poumon, bien que plus fréquente dans la syphilis, n'est donc pas étrangère à l'évolution de la tuberculose et elle ne peut, par suite, avoir aucune valeur pathogénomique pour différencier ces deux processus morbides.

Mais voici, pour mieux appuyer votre conviction, les enseignements de l'un des maîtres, de plus d'autorité en pathologie, qui mettent bien en lumière le précepte sur lequel on doit se guider dans l'interprétation de ces signes cliniques. (1)

“ La localisation des lésions, a-t-on dit, peut révéler l'existence de lésions syphilitiques parce que la lésion syphilitique siège souvent à la partie moyenne du poumon, surtout à droite, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux. Cette topographie spéciale est en effet importante à connaître *elle peut faire penser à la syphilis*, mais elle n'est pas constante puisque l'observation de Raymond et dans un cas qui m'est personnel et dans bien d'autres, la lésion siégeait au sommet. *On ne peut donc faire le diagnostic de syphilis que si le malade présente en même temps d'autres lésions de syphilis, une ostéite ou une périostite douloureuse, une gomme ulcérée, un testicule syphilitique.* Parfois il suffit de découvrir un stigmate syphilitique, une exostose du tibia, du frontal, de la clavicule, il suffit de la présence de cicatrices syphilitiques et de l'absence plusieurs fois constatée des bacilles de la tuberculose dans les crachats, pour nous engager à porter le diagnostic de pneumopathie syphilitique.” Voilà, messieurs, le précepte qui doit nous servir de guide dans les cas compliqués et c'est celui que nous avons mis en application dans l'étude de nos trois premiers malades.

Voyons maintenant quelles sont les autres lésions que l'examen a pu nous révéler chez notre sujet.

En dehors de ses lésions pulmonaires, elle n'en présentait d'autres que celle du poignet qui s'est terminée par abcès avec fistule et ostéite.

(1) Dieulafoy *Man. de Path. Int.* page 330.

Mais remarquez bien que ces lésions articulaires, surtout celles qui aboutissent à la suppuration, ne sont nullement mentionnées, dans vos traités de pathologie, parmi les stigmates ou les localisations de la syphilis du côté du système osseux. C'est qu'en effet ces lésions sont aussi rares dans la syphilis qu'elles sont fréquentes dans la tuberculose, et, que de plus, l'évolution des lésions gommeuses de la syphilis du périoste ou des synoviales articulaires n'aboutit que très rarement aux accidents de la suppuration et des fistules per-istantes, terminaison habituelle des infiltrations tuberculeuses. Il vous sera facile, dès lors, de vous rendre compte que cette lésion de l'articulation du poignet, chez notre malade, qui rappelait, dès le début, l'apparence d'une arthrite fongueuse, plaideait plutôt en faveur d'une origine tuberculeuse que syphilitique, avant même que l'expertise bactériologique ne soit venu corroborer d'une manière indiscutable le diagnostic de phthisie tuberculeuse. Inutile d'ailleurs d'insister puisque la malade traitée au service de la chirurgie pour son abcès, de même que le sujet du lit 33, porteur d'une lésion costo-pleurale suppurée, et d'une induration à l'épididyme vous ont donné l'occasion d'entendre de la bouche de vos maîtres de la clinique chirurgicale les raisons qui leur faisaient admettre, dans l'un et l'autre cas, l'origine tuberculeuse de ces lésions extra-pulmonaires.

Il nous reste maintenant, messieurs, un dernier élément à apprécier dans l'analyse de cette observation : ce sont les résultats de la médication mercurielle et iodurée à laquelle on a eu recours, par intervalles, pendant plus d'un an, dans la présomption d'une pneumopathie syphilitique.

Il est bien vrai que, dans certains cas où le diagnostic reste hésitant, les effets décisifs du traitement spécifique peuvent venir élucider la question. Mais, comme le fait remarquer le professeur Dieulafoy, dans la plupart de ces cas, si l'on y regarde de près, on peut presque toujours retracer des stigmates de syphilis héréditaire ou acquise ou des lésions en évolution, déjà propre à éveiller les soupçons.

Chez notre malade on ne rencontre aucun de ces stigmates ni aucune autre lésion concomitante pouvant éveiller directement le soupçon de syphilis, non plus qu'aucun antécédent net d'infection. De plus, l'examen clinique que nous en avons fait, vous a laissé constater non seulement tous les signes d'une sclérose avancée avec foyers caverneux dans la partie supérieure du poumon droit, mais aussi tous les symptômes d'une infiltration secondaire au sommet du poumon gauche. Le traitement spécifique n'a donc pas eu, ici, comme nous l'avons déjà fait remarquer, aucune

influence appréciable pour enrayer l'évolution des lésions pulmonaires, et on ne pourrait par conséquent invoquer ces résultats décisifs ni en tirer aucune conclusion sérieuse à l'appui du diagnostic de syphilis.

D'ailleurs cette même malade nous offrait un criterium plus certain et plus facile à apprécier pour juger, dès le début, des effets du traitement anti-syphilitique auquel on l'a soumise : c'est la lésion de l'arthrite fongueuse du poignet. En effet, étant reconnue l'action prompte et sûre de la médication iodurée sur les lésions gommeuses et sur les périostites ou sur les exostoses, cette affection du poignet aurait dû disparaître comme par enchantement sous l'influence de cette médication. Mais il n'en a rien été : malgré la longue période durant laquelle cette thérapeutique a été mise en œuvre, les lésions du système osseux, de même que celles du poumon, ont subi l'évolution progressive qui caractérise les affections tuberculeuses, comme chez notre malade du lit 33.

Quant à l'amélioration dans quelques symptômes que la malade s'est plu à exalter, sous l'influence de ce traitement particulier, elle n'offre rien de surprenant, quand on sait que les iodures sont conseillés dans certaines formes de tuberculose chronique scléro fibreuse des poumons. (G. Séc) et que les périodes d'accalmie spontanée sont assez fréquentes dans cette variété de phthisie. D'ailleurs, pour vous former une idée plus juste de la valeur que l'on doit accorder aux témoignages de cette classe de malades, toujours enclins à se faire illusion sur l'évolution de leur maladie pulmonaire, vous n'avez qu'à vous rappeler celui que vous avez entendu, ce matin, de la bouche de cette même malade : elle vous a répété, avec non moins de conviction, l'affirmation que, depuis son entrée dans notre service, alors que nous avons cru devoir interrompre la médication iodurée mercurielle, par suite d'une crise d'intolérance gastro-intestinale avec fièvre, elle s'est sentie aussi bien et peut-être mieux, dans son état général et dans ses manifestations pulmonaires, qu'elle ne l'a pas été depuis deux ans. Vous ne devrez pas être surpris de l'entendre répéter des assertions identiques même à la dernière période de sa cachexie. Ces témoignages n'ont donc qu'une valeur relative ; et pour ne pas être induit en erreur, comme je vous l'ai fait remarquer, dans une leçon antérieure, il faut suivre pas à pas l'évolution des lésions pulmonaires, et dans les cas d'accalmie simulant une guérison, ne pas négliger la recherche, plusieurs fois répétées, des bacilles de Koch dans les crachats, qui ménage assez souvent des surprises.

Je résumerai les enseignements que j'ai tenté de faire ressortir de

l'étude clinique de ces différents malades, arrivés à l'étape de la phthisie vulgaire, par les conclusions suivantes :

1° Le syndrome de la phthisie, bien qu'il soit le plus souvent le fait de la tuberculose, peut être également l'aboutissant de processus morbides tout à fait différents : entre autres, la syphilis pulmonaire et la sclérose broncho-pneumonique avec bronchectasie.

2° Le diagnostic de tuberculose pulmonaire ne peut être établi d'une manière ferme, dans les cas douteux, que par les résultats positifs de la recherche des bacilles de Koch dans les crachats.

3° Le diagnostic de syphilis, dans les cas de lésions pulmonaires suspectes, doit reposer sur l'existence, chez le sujet, d'une syphilis incontestable, attestée soit par des antécédents bien nets, soit, mieux encore par des stigmates certains ou des lésions en évolution dans d'autres organes, (gommes de la peau, des muqueuses, exostoses, laryngite etc)

4° Le diagnostic de bronchectasie, à la période de phthisie, se tire principalement des signes négatifs 1° l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats 2° l'absence de lésions en évolution de la syphilis : la lenteur de l'évolution de la maladie, la conservation du bon état de la santé générale et les caractères de l'expectoration ayant leur plus grande valeur, à la première étape de la maladie.

5° En présence des commémoratifs d'accidents de la grossesse, imputables à la syphilis, ne pas incriminer la mère, d'emblée, mais penser également à l'hérédité syphilitique paternelle qui peut porter atteinte à la grossesse et au fœtus, tout en laissant la mère saine.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.

(Suite et fin.)

DEUX CAS D'HALLUCINATIONS AUDITIVES PÉRIPHÉRIQUES.

M. Chagnon.—J'ai observé dans mon service à St Jean de Dieu, deux malades hallucinés de l'ouïe bien intéressants, je crois, par les causes qui provoquaient, chez eux ces hallucinations.

1ÈRE OBSERVATION.—G, est âgé de 32 ans, homme de peine. Son père est mort d'hydropisie. Rien de plus à noter dans l'histoire pathologique de sa famille.

Toute sa vie, G... a été affecté d'aboulie. Par exemple, il se marie à 25 ans bien malgré lui, dit-il. A chacune des visites qu'il fait à la femme qu'il courtise, il se propose de décliner l'offre de mariage qu'« elle lui a faite, » mais chaque fois il ne trouve pas la force de volonté nécessaire pour repousser la « demande », jusqu'au pied des autels il conserve l'espoir de pouvoir dire non. Mais en vain, car devant le prêtre, il dit « oui ».

Un jour, ayant besoin de gants, il décide de consacrer soixante quinze centins à cet achat ; le commis de magasin auquel il s'adresse lui en présente une paire au prix élevé de quatre piastres ; il les achète encore malgré lui.

Jusqu'à l'époque de son entrée à l'asile, sa vie est ainsi remplie d'actes marqués au coin de l'aboulie.

Admis à St Jean de Dieu le 6 Sept. 1898, G... n'offre des hallucinations de l'ouïe que lorsqu'il entend un bruit quelconque ou un son, ou qu'il subit une impression du toucher. S'il est en repos et que ses compagnons se promènent dans le quartier, de suite il entend des voix paraissant venir de leurs pieds ; et si lui-même, se levant, se met à marcher, il paraît lui en monter des siens. De tous les pieds touchant le sol avec bruit léger ou fort partent des voix

Le bruit de l'eau qu'on verse dans un verre provoque l'hallucination. Je froisse un papier, on lui crie : Tu es un...sou, je frappe de mon crayon l'armure en fer d'un encrier : « Tu es un niais, » lui dit-on d'une voix métallique. S'il se gratte, il éprouve une sensation qui réveille les voix.

2IÈME OBSERVATION. M... âgé de 26 ans, célibataire, cultivateur, admis à l'asile le 25 Mai 1899.

Ses grand'mère et grand'oncle maternels sont morts en état de démence ; un oncle est alcoolique.

M... est peu intelligent. Comme chez G..., ses hallucinations de l'ouïe ne sont provoqués que par des bruits ou des sons. Elles se produisent lorsque ses compagnons ou lui se livrent à la marche.

Il fait cette distinction que les voix qui lui viennent de ses bottes lui parlent « en musique » tandis que les autres sont rudes.

Le malade qui fait le sujet de l'observation première, est retourné chez lui guéri en Décembre de la même année, après trois mois de séjour à l'asile.

Il a été revu depuis, il avait ses poches bourrées de poudres médicamenteuses et de flacons de remèdes, il est devenu hypochondriaque.

L'autre malade vient aussi de laisser l'asile, légèrement amélioré.

Ce que je relève de particulier chez ces deux malades qui présentent chacun un passé pathologique, c'est qu'il est absolument nécessaire qu'ils subissent une impression auditive ou tactile pour éprouver des hallucinations de l'ouïe. Pas de bruits, pas de voix. Si tout est calme, ils n'ont aucune hallucination.

OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES. —

M. Villeneuve.—J'ai l'honneur de présenter à la société les deux observations médico-légales suivantes :

Outrage aux mœurs, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation.

Au mois de Mai dernier, je recevais instruction du magistrat de police de faire l'examen de l'état mental de H. C., pâtissier décorateur, Belge d'origine, accusé d'avoir publiquement offert en vente, trois figures, tendant à corrompre les mœurs, contenues dans une boîte. Ce délit est prévu par l'article 179 du code criminel et passible de deux ans d'emprisonnement.

Ces figures, d'un caractère obscène, par la prédominance donnée aux organes génitaux, étaient en sucre colorié et représentaient une femme et un homme nus, avec un chien. Une image de l'Enfant-Jésus portant une croix était collée sur la boîte.

L'enquête a révélé les circonstances sous lesquelles le délit avait été accompli.

Le prévenu avait porté cette boîte chez un hôtelier en lui disant de la remettre à un nommé S, qui demeurait dans la maison, et de réclamer la somme de 25 sous, prix convenu de la boîte, qu'il reviendrait ensuite lui-même percevoir.

L'hôtelier ouvrit la boîte, qui n'était pas enveloppée. En en voyant le contenu, dont le caractère de lubricité voulue n'était que trop apparent, il fit appeler un agent de police, auquel il donna le signalement de H. C., dont le nom lui était inconnu. L'agent ne fut pas long à établir l'identité de H. C. Il se rendit à son domicile et entra en pourparlers avec lui, pour se procurer une boîte semblable. H. C. hésita d'abord en alléguant que ce genre de négoce était très dangereux dans ce pays, à cause de la sévérité des lois ; qu'il n'en était pas de même dans son pays, où il n'avait qu'à faire des boîtes semblables pour se procurer de l'argent quand il en avait besoin. Enfin il finit par consentir à faire une boîte semblable, pour un prix convenu.

Sur ces entrefaites l'agent mit H. C. en état d'arrestation et le conduisit devant le magistrat. H. C. fut reconnu par l'hôtelier, comme l'individu qui lui avait remis la boîte.

A l'enquête, H. C. prétendit qu'il ne se rappelait de rien et il protesta de son innocence. Son frère affirma qu'il y avait des cas de folie dans sa famille et que le prévenu lui même n'avait pas toujours la tête à lui et sa femme raconta qu'il avait eu des pertes de connaissance et elle sembla vouloir rattacher à l'épilepsie le délit dont son mari était incriminé.

Durant ces allégations, le prévenu fut soumis à l'examen médical, à la demande du Consul de son pays.

Dans le cas actuel, nous avons donc à nous demander 1° si le prévenu pouvait être généralement considéré comme aliéné; 2° s'il était atteint d'épilepsie et dans l'affirmative, si c'était sous l'influence de la névrose qu'il avait commis l'acte dont il était appelé à répondre en justice.

Nous avons cherché la réponse à cette double question, dans l'examen personnel de l'inculpé et dans l'étude de son histoire et de ses antécédents héréditaires. Nous tenons ces derniers de l'inculpé lui-même et de son frère et quoiqu'il ne nous ait pas été possible d'en contrôler l'authenticité, à cause de l'éloignement, nous croyons pouvoir les tenir pour véridiques.

H. C. demeure dans le pays depuis 3 ans, il est pâtissier-décorateur, âgé de 42 ans, marié depuis 20 ans et père de deux enfants âgés respectivement de 10 et 17 ans. Son père officier dans l'armée était un fort buveur, il est mort subitement. La mère serait morte de phthisie pulmonaire. Une sœur est enfermée dans un asile depuis 14 ans; Elle serait devenue folle à la suite de troubles de ménage. Une sœur est d'une grande nervosité, elle aurait eu des crises nerveuses dont il est impossible de préciser la nature, faute de détails suffisants. Le frère que nous avons vu, est un homme parfaitement correct, intelligent et jouissant d'une excellente réputation. H. C. a la figure asymétrique, il est de taille moyenne, malingre et paraît peu vigoureux. Il ne fait pas un usage immodéré de boissons fortes. H. C. ne présente rien d'anormal dans sa tenue, son maintien est correct, mais sa contenance est visiblement embarrassée lorsqu'il paraît devant nous. Sa conversation est cohérente et rationnelle, il comprend le sens de toutes les questions et répond correctement. Sa mémoire est généralement bonne. L'exactitude des renseignements communiqués par lui sur sa famille et sur lui même a été confirmée par le récit que nous ont fait subséquentement sa femme et son frère. Il déclare avec empressement qu'il n'est pas responsable. Il com-

prend l'avantage de ses antécédents héréditaires, de ses pertes de connaissance (?) et il en fait ressortir l'importance avec une certaine habileté. Au cours des quelques visites que nous lui avons faites à la prison de Montréal, nous n'avons constaté chez lui, ni excitations ni dépression ni délire, ni troubles sensoriels, en un mot aucun désordre mental quelconque et il n'apparaît pas, par l'interrogatoire que nous lui avons fait subir, qu'il n'en ait jamais présenté.

Devant nous il maintient la même attitude qu'il avait prise devant le tribunal, c'est-à-dire qu'il ne se rappelait de rien. Mais il fut relativement facile par des questions posées à l'improviste au cours de l'examen, sur les différentes phrases du délit, d'obtenir de lui des réponses, lesquelles, réunies, faisaient un récit en tous points conforme à l'ensemble des faits rapportés à l'enquête. Il nous fit même l'aveu qu'il avait fait la boîte à la demande de S. et que ce n'était pas la première qu'il lui faisait. On peut par là affirmer que l'amnésie de H. C. est feinte. A la prison H. C. n'a été l'objet d'aucune remarque particulière de la part du personnel.

Nos recherches au sujet de l'alinéation mentale sont donc restées négatives. Nous n'avons constaté chez H. C. aucun symptôme qui puisse faire admettre qu'il soit atteint d'aliénation mentale. Son intelligence est suffisamment développée et elle n'est nullement pervertie.

J'ai interrogé sa femme et son frère, ils n'ont rapporté de lui aucun acte ou signe de folie. Sa femme dit que son existence a été régulière et sa vie sexuelle normale. Son frère soutient qu'il est entêté, vaniteux, exalté. Mais ce sont là des anomalies du caractère qui ne peuvent être assimilées à des symptômes de folie.

Cependant à la première question, on peut donc affirmer que H. C. ne peut être considéré comme un aliéné, qu'il est suffisamment intelligent pour apprécier la nature de ses actes et que sa volonté s'exerce librement.

Il nous reste maintenant à élucider la question qui concerne l'épilepsie.

Pour qu'un individu puisse être déclaré irresponsable du chef de l'épilepsie, il me semble que l'on doit établir:

- 1° Qu'il est atteint d'épilepsie; 2° Que l'acte incriminé est en rapport direct avec une attaque d'épilepsie sous une quelconque de ses formes;
- 3° Que l'acte présente les caractères qui accompagnent les phénomènes épileptiques; 4° Ou, que l'épilepsie a imprimé à l'intelligence et au caractère des modifications permanentes.

Depuis son arrestation, un mois, H. C. n'a eu aucune crise nerveuse. Antérieurement, les renseignements se résument à trois faits très vagues

et sur lesquels les détails manquent complètement, une fois, il serait tombé en descendant un escalier, une lampe à la main,—une autre fois, sa femme l'aurait trouvé dans sa boutique, étendu par terre paraissant dormir,—une autre fois il aurait été ramené à la maison par des individus qui dirent à sa femme qu'ils l'avaient ramassé par terre, au moment où il venait de perdre connaissance. Jamais, pendant 20 années de mariage sa femme n'a remarqué chez lui aucun phénomène convulsif, ni rien qui approche d'un vertige ou d'une absence, rien non plus qui indique qu'il ait souffert d'épilepsie nocturne. En admettant comme réelle les trois pertes de connaissance, il n'est pas permis d'affirmer en l'absence de détails sur les phénomènes qui les ont accompagnés, qu'elles aient été de nature épileptique. Trois faits isolés d'un caractère peu précis, arrivés au cours de l'existence d'un homme âgé de 42 ans, peuvent permettre à la rigueur de poser un point d'interrogation, mais ne nous autorisent nullement à admettre que H. C. soit atteint d'épilepsie.

Le jour du délit, la femme de H. C. n'a rien remarqué chez lui qui ne fut habituel. En l'absence de la constatation de l'existence et de la réalité de la maladie, on peut rechercher si l'acte a les caractères d'un phénomène épileptique.

Les principaux caractères des manifestations épileptiques de toute nature, sont leur soudaineté, l'inconscience qui les accompagne et l'amnésie qui les suit. « Ce sont des actes brusques, soudains, irréfléchis, accomplis sans motifs, dont leur auteur n'a pas conscience, et dont il lui reste aucun souvenir ou qu'un souvenir très confus » (Vallon).

L'étude des circonstances sous lesquelles le délit a été commis, nous permet d'affirmer, par l'absence de ces caractères, qu'il ne s'agit pas là d'un acte qui puisse être rattaché à la névrose comitiale.

Nous y trouvons en effet un acte prémédité, accompli par intérêt, avec toutes les apparences de la lucidité, avec même la notion de sa gravité et dont le souvenir malgré les dénégations a été conservé. Ce n'était aussi que la répétition d'actes identiques ayant le même mobile, l'exploitation de la lubricité d'autrui, pour un profit pécuniaire.

Ce commerce était connu de son frère qui avait cherché à l'en détourner. « Je lui avais bien dit qu'il finirait par se laisser prendre, » a-t-il laissé échapper en notre présence.

Donc même, tout en présumant que H. C. serait épileptique, l'acte qu'il a commis n'a pas les caractères d'un phénomène épileptique et ne peut pas, par conséquent, être rattaché à la névrose.

Le prévenu invoque son hérédité! Le frère que nous avons vu est un homme parfaitement correct. Le prévenu ne semble en différer que par quelques anomalies de caractère et ses dispositions morales. Il semble donc que l'influence héréditaire ne puisse être invoquée que théoriquement en faveur d'une modification de sa responsabilité, l'aliénation mentale et l'épilepsie étant mises à part.

CONCLUSIONS :

1^o H. C. n'est pas atteint d'aliénation mentale.

2^o Le délit dont il est incriminé n'est pas un acte pathologique né d'une impulsion irrésistible et malade ou inspiré par des mobiles délinquants. Il relève de mobiles, qui sont parmi les facteurs ordinaires de causalité des actes criminels, l'intérêt et la cupidité.

3^e Débilité mentale, absence complète de sens moral, deux condamnations; nouvelle arrestation, examen médical, irresponsabilité, internement.

E. L. est amené devant la cour de police sous l'accusation d'avoir dérobé une certaine somme d'argent à son bourgeois. Interrogé, il reconnaît s'être approprié cette somme, mais il donne, pour se justifier, des raisons que le juge ne peut reconnaître comme émanées d'un esprit sain. Le magistrat ordonne en conséquence l'examen de l'état mental de E. L., et l'expertise m'est confiée.

E. L. a déjà un dossier judiciaire qui nous apprend les condamnations suivantes : le 5 Octobre 1888, école de réforme, 5 ans, pour vol; le 25 Mars 1894, prison, 6 mois, pour vol; le 4 Août 1896, pénitencier, 3 ans pour vol avec effraction.

E. L. est de taille moyenne, bien constitué et vigoureux. A part l'exagération du volume du lobule des oreilles, il ne présente pas de malformations bien évidentes.

Il ne sait ni lire ni écrire, mais sait compter un peu. Sa mémoire a acquis un certain développement, il donne des renseignements sur son existence, peu nombreux, il est vrai, car il n'est pas prolix, mais exacts. Cependant, ce n'est qu'après plusieurs entrevues que j'ai pu lui en faire consigner le récit. Il comprend le sens des questions et répond exactement. Sa conversation est cohérente, mais on peut dire qu'il ne brille pas par la spontanéité intellectuelle, ni par l'ampleur du cercle de ses idées, qui est assez restreint, au contraire.

Sa pauvreté intellectuelle se révèle surtout à l'égard des facultés dites supérieures. Il n'a pas de pouvoir de synthèse : le raisonnement, la géné-

ralisation et surtout le jugement, principalement quant à l'aspect moral de ses actes, sont marqués au coin de l'insuffisance la plus absolue. Il manque complètement de la faculté d'adaptation aux différentes circonstances de la vie et le sens moral fait totalement défaut. Il raisonne les délits qu'il a commis, comme s'il n'avait jamais pu acquérir aucune notion de moralité. Il est évident que chez lui, l'arrêt de développement de l'intelligence, qui est d'origine congénitale, a plus affecté les facultés morales et les facultés intellectuelles dites supérieures que les facultés intellectuelles dites élémentaires. (Magnan). N'était-ce cette absence de sens moral et ce défaut d'adaptation, il aurait peut-être pu se servir normalement de la part restreinte d'intelligence qui lui a été dévolue et mener une existence régulière si peu brillante qu'elle eut été.

Tel qu'il est, on peut affirmer, au terme du statut, que E. L. *est atteint d'imbécillité naturelle au point de le rendre incapable d'apprécier la nature de son acte et de se rendre compte que son acte était mal*, et que par conséquent il est irresponsable, tant au point de vue légal, qu'au point de vue médical.

Cette conclusion a été acceptée par le tribunal et E. L. a été colloqué à l'asile.

Nous avons cru intéressant de connaître l'opinion des directeurs des établissements où E. L. a été détenu.

Le directeur de l'École de la réforme nous a écrit dans les termes suivants :

« Nous avons eu parmi nos jeunes délinquants un enfant du nom de E. L. ; il a été dans notre école du 5 Octobre 1888 au 5 Octobre 1893 et a appris le métier de ferblantier ; mais il a été impossible de lui enseigner le métier comme il faut, ou de réformer son caractère à cause de la faiblesse de son intelligence. Ses compagnons le considéraient comme fou et s'en défiaient quelque peu à cause de sa violence dans ses moments d'emportements. Il avait douze ans quand il a été condamné ; il n'avait pas fait sa première communion et comme caractère apparent on a noté *simple*. Il avait été à l'école pendant trois ans, mais ne savait ni lire ni écrire. Le jeune homme a été condamné pour vol de tabac. »

Nous devons à l'obligeance du préfet du Pénitencier, les renseignements suivants :

« E. L. a subi près de trois ans de détention au pénitencier, c'est comme vous le dites un simple d'esprit qui arrive à l'imbécillité complète. Il était à peu près impossible de lui faire comprendre et suivre les règlements disciplinaires de l'institution. Avant mon arrivée il était presque continu-

ellement dans les cellules de punition, dongeon, etc, pour infraction aux réglemens. Après avoir constaté son état mental, j'ai dû le traiter en conséquence. Il était très insoumis, pas méchant. Dans mon opinion, il serait mieux à l'asile qu'au pénitencier.»

Il semble que ce malheureux doit être ajouté à la liste déjà trop longue des aliénés méconnus et condamnés, ayant subi la totalité de leur peine. Il n'a dû qu'à la haute intelligence et aux sentiments humanitaires du savant magistrat devant lequel il a comparu en dernier lieu, d'échapper à une nouvelle condamnation.

E. P. CHAGNON.

Secrétaire.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Catarrhe sénile de l'utérus

On lit dans l'*Edinburgh Medical Journal* :

« Quant au diagnostic différentiel entre le cancer primitif du corps et le catarrhe sénile, on doit considérer les points suivants : D'abord et avant tout dans la plupart des cas de cancer primitif du corps, la douleur périodique et aiguë est un symptôme précoce et prédominant, tandis que dans le catarrhe sénile la douleur est irrégulière sous forme de coliques, si non elle est légère et constante. En second lieu, dans le cancer, ordinairement on ne rencontre pas, du moins dans les premiers temps, de décharge fétide, parce que l'os est ferme et la surface du cancer est protégée contre les influences extérieures ; tandis que dans le catarrhe la décharge fétide est un symptôme prononcé et précoce. Troisièmement, par un examen local, dans le cancer on trouve l'utérus distinctement augmenté de volume et sensible, il devient bientôt pesant et adhérent ; tandis que dans l'autre cas l'utérus est ou normal ou seulement bien peu augmenté et il reste facilement mobile. Enfin, la dilatation et l'exploration locale révèlent la présence du néoplasme dans le premier cas et l'absence de toute irrégularité dans le second.

P. V. F.

Traitement du cancer utérin.

Nous croyons utile de tirer du *Journal Médical de Bruxelles* (2 nov. 1899) les opinions qui suivent énoncées au *Troisième Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique*, tenu à Amsterdam du 8 au 12 août 1899.

M. PAUL REGNIER, Paris.—L'hystérectomie vaginale avait paru à ceux qui pratiquaient l'ablation du col de l'utérus cancéreux une opération complète ; aujourd'hui, elle tend à céder le pas à la laparo-hystérectomie, qui

permet de mieux voir la lésion, d'enlever tous les prolongements que la tumeur peut envoyer dans le tissu cellulaire. Elle permet d'aborder certains cancers qui, par l'envahissement du vagin et des ligaments larges, n'auraient plus été justiciables de l'hystérectomie vaginale, mais, dans ces cas, l'opération donne de mauvais résultats. Il en est tout autrement dans les cas de cancer au début, où l'intervention se fait mieux par la voie haute parce que l'on peut enlever des ganglions que l'examen clinique ne fait pas toujours diagnostiquer. Il est bon de pratiquer une injection de 500 grammes de solution physiologique de chlorure de sodium le matin même de l'opération.

M. Doyen n'opère plus quand les ligaments de l'utérus sont entrepris. D'autre part, il ne faut pas abandonner la voie vaginale qui a donné des succès sans récurrence datant de huit ou dix ans dans des cas de cancer avéré.

M. Pestalozza (Florence) est d'avis d'opérer les cas de cancer très limité et fait toujours l'hystérectomie abdominale.

M. Bowseman-Jesset estime que les cancers qui donnent les résultats les plus favorables par l'opération, sont ceux de l'orifice, puis viennent ceux du corps utérin ; les cancers du col sont ceux qui donnent les plus mauvais résultats.

M. Jacobs n'utilise que la voie abdominale dans le traitement du cancer utérin. L'extirpation de l'utérus doit être complétée par l'évidement de tous les tissus lymphatiques et cellulaires pelviens. Il faut intervenir le plus tôt possible, car l'évidement n'est plus radical si l'on intervient tardivement. 23 cas opérés d'après ces principes ont donné 22 guérisons sans récurrence jusqu'à ce jour et 1 décès par infection. Ces opérations s'échelonnent sur un espace de dix huit mois et ces résultats réalisent un progrès sur ceux de l'hystérectomie vaginale, qui a donné 43 récurrences sur 81 opérations.

M. Janvrin (New-York) a pratiqué l'hystérectomie abdominale pour cancer et est revenu à la voie vaginale. Depuis 1883, le tiers de ses opérées sont restées guéries. L'hystérectomie vaginale avait été faite après un diagnostic précoce.

M. J. L. Faure (Paris) considère l'hystérectomie abdominale comme donnant plus de chances de résultats meilleurs que la vaginale. Cependant les cancers surpris au début peuvent être opérés par le vagin. Pour les cancers du corps, le procédé de Kelly est le meilleur ; il permet d'enlever ces utérus sans les ouvrir.

Pour les cancers du col, la section médiane de l'utérus est le procédé de choix. Dans les opérations abdominales pour cancer invétéré, on pourrait pratiquer la ligature temporaire des vaisseaux hypogastriques pour disséquer plus facilement la région malade.

M. Jonnesco (Bucharest) a abandonné la voie haute pour les cancers étendus au vagin ; il pratique la ligature atrophiante des vaisseaux utéro-ovariens, vaisseaux du ligament rond, vaisseaux utérins et des artères hypogastriques par la voie abdominale, et combine cette intervention avec le curettage qui évide l'utérus. Ce sont ces opérations qu'il faut pratiquer quand le cancer a dépassé l'utérus.

M. Jouin (Paris), après avoir abaissé et surtout isolé les parties malades, pratique le curettage des fongosités cancéreuses, puis la cautérisation au thermocautère des surfaces cruentées ainsi obtenues. Enfin, isolant les surfaces cruentées en appliquant une bonne couche de vaseline sur les parois vaginales, il les imprègne d'alcool pur à 90° et y met le feu. La flamme surveillée est maintenue de une demi minute à une minute et demie. Il n'y a plus qu'à faire le pansement. Sur 10 cas, il a obtenu des résultats cliniques très appréciables sans aucun accident.

DR P. V. F.

Dilatation de l'ouverture vaginale comme moyen préventif des déchirures du périnée.

Macomber (*Medical Council*, août 1899) s'est servi du ballon de Champrier de Ribes pour dilater graduellement le vagin, en vue de corriger l'action de la tête fœtale qui entraîne parfois la rupture du périnée. Quand l'on a atteint une dilatation de la grandeur d'un cinquante centins l'auteur introduit le ballon et le remplit d'eau. Ce procédé n'interrompt en rien les mouvements de la malade. Quand la tête est entrée dans le pelvis elle pèse sur le ballon et amène une dilatation graduelle du périnée. La tête du fœtus suit immédiatement l'expulsion du ballon, sans lacération aucune.

Voici l'utilité du ballon : sa présence dans le vagin stimule et augmente les tranchées. Les poussées exercées sur le ballon dilatent le détroit inférieur en avant de la tête, et réduisent ainsi le travail d'accommodation et raccourcissent le deuxième temps du travail.

Après que la tête s'est engagée, le ballon se trouve comprimé par en arrière, et le périnée se maintient dans un état de distention constante, ce qui paralyse rapidement les muscles constricteurs; ordinairement le périnée se dilate d'une manière intermittente sous la tête qui s'avance, cette dernière reculant entre les tranchées. Le ballon s'adapte mieux que la tête fœtale pour la dilatation.

Obstetrics, septembre 1899.

Le Sérum Artificiel moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

L'Echo Médical du Nord (29 octobre 1899) nous offre une excellente étude sur ce sujet par le prof. Combemale et M. Mouton. Partant de ce principe, de plus en plus vérifié depuis qu'il est devenu article de foi scientifique sous l'impulsion des travaux français et allemands, que la tuberculose est d'autant plus guérissable qu'elle est attaquée le plus près de son début, ces auteurs s'arrêtent à la considération des différents moyens de diagnostic précoce que nous possédons, tout particulièrement du sérum artificiel, et voici les conclusions qu'ils tirent de ces recherches.

a. L'injection du sérum artificiel est inoffensive, quoiqu'on en ait dit; de congestion notable périphérique chez des tuberculeux diagnostiqués par les moyens cliniques habituels, nous n'en avons pas observée.

b. L'injection du sérum artificiel est d'un emploi clinique facile, commode; les résultats ne se font pas attendre dans le cas de diagnostic hésitant: une seringue, du sérum en petite quantité, un thermomètre avec ces instruments la tentative peut être réalisée.

c. L'injection de sérum artificiel n'est pas un moyen sûr, infaillible de diagnostiquer la tuberculose. Chaque fois que les moyens cliniques habituels (symptômes et signes) révélaient la tuberculose pulmonaire, le sérum artificiel injecté éleait la température. Mais s'il y avait hésitation de part les signes stéthoscopiques, semblable hésitation se présentait par le double réactif de la tuberculine, puis du sérum, l'un affirmant la tuberculose. L'autre restant indifférente; plusieurs observations d'empyème avec tuberculose se sont comportées de la façon que nous venons de dire, sans que le diagnostic en ait tiré de l'éclaircissement.

Quant à diagnostiquer la tuberculose au début, dans les cas cliniquement probables, c'était tantôt une réaction négative, tantôt une réaction positive que donnait le sérum, sans que la raison ait pu nous en être dévoilée par l'étude approfondie des conditions spéciales à chaque sujet.

Aucun fondement ne peut donc être assuré sur l'emploi du sérum artificiel dans le but de diagnostiquer la tuberculose.

d. Il y a plus, qui du reste peut induire en erreur : un pneumoconiotique à expectoration abondante et épaisse, à crachats nummulaires purulents, non striés de sang, dans lesquels plus de dix examens différents n'avaient pu déceler le bacille accusateur de la tuberculose, alors que l'anthraxose y était très accusée, réagit cependant au sérum d'une façon considérable.

Ce fait, et quelques autres qui se caractérisaient par une cachexie par une déminéralisation, emphysème et bronchite abondante, grippe suivie de tuberculose au début, donnèrent lieu aussi à de vives réactions. De sorte que nous serions portés à croire que la réaction par le sérum à petites doses est la réaction de la déminéralisation plutôt que la réaction de la tuberculose.

e. La suggestion n'intervient nullement pour expliquer les cas où le sérum agit sans que la tuberculose soit en jeu (pneumokoniose, emphysème avec bronchite). Nous avons toujours tenu nos malades dans l'ignorance du but pour lequel nous pratiquions l'injection.

La conclusion finale est que le sérum salé donne, non pas une preuve irréfutable, mais une présomption très forte dans le cas de tuberculose ouverte ou de quelque durée quoique fermée, lorsqu'une contre épreuve à la tuberculose est confirmative de la réaction par le sérum, l'affirmative s'accroît encore jusqu'à la certitude. Mais le premier sans le second moyen n'a pas la valeur qu'on lui avait attribuée jusqu'ici.

DR P. V. F.

Principales voies d'infection de la tuberculose de l'enfance.

Après des observations très précises, basées sur des examens post-mortem, le Dr Geo. F. Still, dans le *Pædiatrics* du 15 octobre 1899, en arrive aux conclusions suivantes :

1° La voie d'infection la plus ordinaire dans la tuberculose de l'enfance, c'est le poumon.

2° L'infection par l'intestin est moins commune dans l'enfance que dans un âge plus avancé.

3° Le lait, toutefois, n'est pas la source ordinaire de la tuberculose dans l'enfance, et c'est peut-être dû aux précautions prises, en faisant bouillir le lait, en le stérilisant, etc.

4° L'inhalation est de beaucoup le mode d'infection le plus commun chez l'enfant, spécialement dans le jeune âge.

5° L'encombrement de la population pauvre dans les grandes villes est probablement une des principales causes de la tuberculose de l'enfance, et le traitement prophylactique devrait être dirigé vers la prévention de cet encombrement, l'amélioration de la ventilation et la persuasion de l'extrême importance de l'air pur dans les premières années de la vie.

P. V. F.

Plaies des voies aériennes

Platt rapporte dix cas de suicide par blessures à la gorge où les voies aériennes étaient atteintes, et il ajoute les conclusions suivantes :

1° Les blessures à la gorge dans les tentatives de suicide, devraient être fermées par des sutures immédiates dans tous les cas où l'état général du malade le permet.

2° Les précautions antiseptiques sont des plus importantes.

3° S'il est nécessaire, on doit administrer le chloroforme qui est parfaitement sûr.

4° Les muscles divisés doivent être suturés, et en rapprochant les bords de la peau on doit corriger l'inversion causée par les rétractions du platysma.

5° On doit fermer complètement les blessures des voies aériennes.

6° Dans plusieurs cas il est prudent de laisser de côté le tube à trachéotomie. Mais si on le trouve nécessaire on ne devrait pas l'introduire par la blessure, mais bien par une ouverture verticale nouvelle, à un niveau inférieur à la blessure.

7° La soie est la meilleure substance pour suturer le larynx ou la trachée.

8° Durant le traitement consécutif il n'est pas nécessaire, excepté chez des cas particuliers, de donner les aliments à l'aide d'un g^utube ou par le rectum.

9° Si on adopte ce mode de traitement, non-seulement une grande proportion de blessures mêmes dangereuses et étendues des voies respiratoires guériront, mais la période de guérison sera fortement abrégée, le malade ne sera pas exposé aux mêmes risques de complications inflammatoires secondaires, et il sera beaucoup moins sujet à une sténose permanente de la trachée ou à la formation d'une fistule aérienne.

British Medical Journal.

DR P. V. F.

Un nouveau traitement antiseptique des plaies et pour la prompté oblitération des cavités osseuses.

Par le DR COUDRAY, Paris.

1° L'auteur indique d'abord les bons résultats qu'il a obtenu par ce mode de traitement pour l'antisepsie des plaies, et particulièrement des plaies profondes, des cavités, des trajets à anfractuosités.

Le procédé recommandé par M. Guilmette, l'inventeur du corylet du coryleus, popularisé depuis, par M. Joubert, consiste à employer le chlorure d'éthyle à son état pur (ipsil) comme véhicule pour porter l'agent antiseptique. Ce liquide bout à 10° ; en faisant monter sa température à 20° ou 25° il fuit de l'appareil à l'état gazeux (gaz ipsilène) avec une certaine pression. Le jet atomisé ainsi obtenu, enlève de la plaie, par un écoulement impétueux, comme par un balayage, le pus, les exudations organiques et les produits de nécrose, en un mot, tous les divers agents d'infection, portant, en outre, jusqu'au fond des trajets les plus tortueux, tout aussi bien que sur des lésions superficielles, une mince couche d'iodoforme (c'est là l'agent dont se sert le plus souvent M. Coudray), cette couche reste adhérente.

La réduction temporaire de température produite par ce moyen, agit comme stimulant sur la plaie, favorisant considérablement sa granula-

tion ; les sécrétions diminuent très rapidement et cessent bientôt en dissolvant les matières grasses, le chlorure d'éthyle a, en outre, une action chimique qui n'est pas sans importance pour obtenir de l'antiseptie.

3° Un second avantage, entièrement nouveau, résulte encore du même procédé. Ayant à traiter une grande cavité située profondément à l'extrémité inférieure du fémur, M. Condray se confiant encore au chlorure d'éthyle comme véhicule, a projeté dans l'intérieur de cette cavité une substance se rapprochant de la composition de l'os normal *id est* phosphate et carbonate de chaux. Cette cavité, rendue d'abord aseptique, a retenu son *ipsilène à os* (boue ipsilane) et parut s'être complètement remplie après quatre de ces procédés par jets, pendant un mois.

L'auteur est d'opinion que ce produit agit non seulement d'une façon mécanique, mais aussi, et peut être principalement en stimulant le pouvoir ostéogène de l'os sain. Il se propose de vérifier sa manière de voir par une série d'expériences sur les animaux.

Dunghison's College & Medical Record.

P. V. F.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

LES HERPÈS.

Par le DR E. GAUCHER.

L'Herpes est une lésion inflammatoire, constituée par des vésicules assez volumineuses, hémisphériques, réunies les unes à côté des autres en groupes distincts, chaque groupe reposant sur une base rouge, congestionnée, légèrement tuméfiée.

Au début, le malade éprouve une sensation cutanée de cuisson, de prurit, de picotement. Puis rapidement sur ce point prurigineux, il voit apparaître une plaque rouge, saillante, qui très vite se couvre de soulèvements vésiculeux. Les caractères morphologiques des vésicules font le diagnostic de l'herpès. Elles sont régulières, arrondies, hémisphériques, elles ont le volume d'un grain de millet ou plus souvent d'un grain de chènevis.

Elles peuvent être très rapprochées les unes des autres, mais restent distinctes, isolées, elles ne sont pas confluentes comme dans l'eczéma. Ces vésicules sont quelquefois réunies en groupes, et chacun de ces groupes

repose sur une plaque rouge, tuméfiée et est séparée de ses voisins par des intervalles de peau saine. En dehors d'eux, on voit quelquefois des vésicules aberrantes, solidaires.

La durée d'un groupe est de huit à dix jours.

Évolutions — Les vésicules d'herpès peuvent s'élever sur une région vulgaire de la peau, sur ce qu'on appelle habituellement les semi-muqueuses et sur les muqueuses elles mêmes, de là trois évolutions différentes de la vésicule.

Sur le revêtement cutané la vésicule est claire, presque transparente, son contenu est limpide, elle ne se remplit pas si elle n'est pas irritée, et son liquide se concrète en une croûte jaunâtre ou noirâtre si elle contient du sang. La croûte ne tarde pas à tomber et ne laisse aucune cicatrice, sauf dans le cas où il y a eu exulcération, ceci arrive dans le zona principalement.

L'évolution de la vésicule sur les semi-muqueuses, sur les grandes lèvres, sur le prépuce est différente. La croûte fait défaut, chaque vésicule se rompt et laisse une petite exulcération, qui se réunit à sa voisine et de cette réunion résulte une plaque d'ulcération superficielle. Sur les muqueuses, sur la muqueuse de la gorge, les vésicules se rompent, et les ulcérations qui suivent cette rupture se recouvrent d'un enduit pseudo-membraneux, d'un enduit *couenneux* qui fait souvent méconnaître la nature de la maladie première.

Diagnostic.—Le diagnostic du syndrome clinique "herpès" doit être fait avec l'eczéma, avec l'érysipèle vésiculeux, avec le pemphigus aigu.

Le diagnostic avec l'eczéma est facile. Les vésicules herpétiques sont arrondies, distinctes, isolées les unes des autres et reposent en groupe sur une plaque de petites dimensions, légèrement saillante, congestionnée. Les vésicules eczémateuses sont acuminées, confluentes et reposent sur une plaque plus étendue que celle de l'herpès, de plus les vésicules de l'eczéma se rompent et donnent une sérosité abondante, poisseuse et ne forment pas de croûtes.

Quand il s'agit d'un *érysipèle vésiculeux*, la plaque congestive, phénomène accessoire dans l'herpès, devient phénomène principal. Elle est douloureuse et bordée d'un bourrelet saillant. La fièvre de l'érysipèle est plus forte que celle de l'herpès.

Dans le *pemphigus aigu*, la lésion est une bulle plus grosse que la vésicule de l'herpès et à côté de petites bulles qui pourraient à la rigueur prêter à confusion, il en est toujours de grosses.

CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE DES HERPES.

- 1° Il existe des herpès de cause interne, que la cause soit infectieuse ou de toute autre nature.
- 2° Il est des herpès qui ne se produisent que par l'intermédiaire du système nerveux primitivement malade ou secondairement.
- 3° Enfin l'herpès peut être l'effet de causes externes, il est alors contagieux dans bien des cas.

Herpès de cause interne

Les herpès de cause interne comprennent trois variétés. L'*herpès fébrile secondaire symptomatique* d'une autre affection, la *fièvre herpétique*, l'*herpès récidivant cataménial*.

1° L'*herpès fébrile symptomatique* ou herpès critique apparaît au début au cours ou à la fin de certaines maladies infectieuses, comme dans la fièvre catharrale, la grippe, l'influenza, la pneumonie; l'herpès dans la pneumonie est une indication de pronostic favorable, dans la méningite cérébro spinale.

Son caractère essentiel est son siège; il n'a pas un siège indifférent, il est para-muqueux. La bouche, le nez, rarement les organes génitaux, plus rarement l'anus, sont le siège de l'herpès secondaire.

Quelle que soit sa cause, l'herpès symptomatique n'a aucune importance en lui-même et n'a pas besoin de traitement.

2° Il n'en est pas de même de la deuxième variété d'herpès d'origine interne, la *fièvre herpétique*, qui est une maladie spéciale, une fièvre particulière avec éruption d'herpès. Elle s'accompagne d'un embarras gastrique léger, en même temps qu'il existe un retentissement général sur tout l'organisme comme au commencement des grandes maladies.

La fièvre qui peut monter à 40° et plus s'accompagne de courbature, mal de tête, anorexie, épitaxis et même de délire, ce qui peut faire penser à une fièvre typhoïde. Mais en trois jours ces phénomènes inquiétants disparaissent et vous trouvez votre malade porteur d'une belle éruption d'herpès.

Les groupes de vésicules ont les caractères ordinaires des groupes d'herpès, leurs vésicules se dessèchent et la croûte tombe sans laisser traces de son existence. Mais il est une localisation spéciale de la fièvre herpétique qui demande une mention spéciale, c'est la localisation sur la muqueuse de la gorge qui constitue l'*angine herpétique*.

Sur la muqueuse de la gorge les vésicules se rompent rapidement et un exudat pseudo-membraneux les remplace. Parfois, on ne l'aperçoit que sous forme de points isolés sur les amygdales. D'ordinaire les vésicules étant plus rapprochées, l'exsudat se présente en large plaque membraneuse, peu adhérente, entourée d'une rougeur périphérique assez prononcée. La plaque s'enlève aisément avec un pinceau, elle se reproduit sans grande activité une ou deux fois; elle tombe enfin, les surfaces exulcérées se détergent et tout finit rapidement.

Le patient ne se plaint que de mal à la gorge, de douleur d'oreilles, de difficultés pour avaler, comme dans toute angine.

Diagnostic. Le diagnostic de la *fièvre herpétique* doit être fait, quand la maladie éclate avec la *fièvre typhoïde*, le doute ne dure pas longtemps, en trois ou quatre jours, on est éclairé. D'ailleurs la brusquerie de l'apparition des symptômes éloigne l'idée de la *fièvre typhoïde*.

La *varicelle* est une affection fébrile mais son éruption n'est pas limitée à la face, elle est disséminée sur le corps. Elle est constituée plutôt par de petites bulles que par des vésicules. Les croûtes de la *varicelle* sont noires et quand elles tombent, elles laissent une cicatrice presque constante.

Dans le *Pemphigus*, l'élément éruptif est une bulle et les bulles sont disséminées sur tout le corps.

L'angine herpétique doit être distingué de *l'angine pullacée* dont l'enduit est crémeux et non adhérent. Le diagnostic le plus important à débattre est celui de *l'angine diphtérique*. Un état général très grave annonce la diphtérie. Le Dr. A. Gaucher attache beaucoup d'importance à la persistance et à la répullulation des fausses membranes et à leur adhérence, ainsi que l'existence des ganglions qui font défaut dans l'angine herpétique. En outre de cela on peut toujours avoir recours à la bactériologie.

Traitement. Le traitement de la *fièvre herpétique* et de *l'angine herpétique* est simple. Le sulfate de quinine doit être donné. Il ne faut pas toucher à l'éruption vésiculaire; si les croûtes sont confluentes, se fendillent, un peu de vaseline boriquée fera bon effet. Le traitement de l'angine sera celui de toute angine, gargarismes phéniqués 1 ou 2 pour 100, lavage de la gorge, attouchements au jus de citron, gargarismes au chlorate de potasse.

3° La troisième variété d'Herpès de cause interne comprend des affections qui ne sont ni infectieuses ni fébriles. Elles sont toxiques ou même

auto-toxiques. Elles paraissent produites par l'organisme lui-même et résulter d'un trouble de nutrition propre de l'individu.

Le type de ces herpès est l'*Herpès cataménial*.

Certaines femmes ont fréquemment à presque toutes leurs époques une éruption d'herpès en un point toujours le même, chez l'une elle est labiale, nasale chez une autre, une troisième aura un herpès vulvaire.

Dans la même classe, il faut placer ces *éruptions* qui surviennent chez les prédisposées après un *surmenage*, après une fatigue prolongée, physique ou intellectuelle, après une émotion.

Toutes ces manifestations relèvent certainement d'un trouble général de l'économie, que celui-ci tienne lui-même d'une auto-intoxication ou de tout autre cause inconnue, mais dépendant uniquement de l'organisme.

Les trois régions les plus fréquemment affectées sont la joue, la fesse, et la face interne de la cuisse. Les vésicules herpétiques y possèdent d'ailleurs propriétés habituelles. Il faut noter cependant qu'elles peuvent s'infecter, suppurer et alors des pustules succèdent aux vésicules.

Le diagnostic se fait par les répétitions fréquentes de l'éruption.

Le traitement local et abortif indiqué par M. Leloir réussit parfaitement. Il consiste à lotionner les plaques rouges où vont s'élever les vésicules avec de l'alcool à 90°. Le Dr Gaucher a eu plusieurs succès avec de petites doses d'arsenic.

Herpès à pathogénie nerveuse.

Comprennent le zona et les éruptions zosteriennes,—a. *Zona primitif*.

Le *zona primitif* est une affection caractérisée par une éruption d'herpès exactement unilatérale, distribuée en série linéaires, limitée à une région restreinte. Cette affection s'accompagne de phénomènes généraux telles que fièvre très modérée, embarras gastriques léger, un peu de céphalalgie, un certain malaise.

L'éruption présente l'aspect et les réactions de tout groupe d'herpès quelconque. En dehors des picotements, des douleurs lancinantes, de la névralgie qui précèdent et souvent accompagnent l'éruption, on rencontre très fréquemment un engorgement précoce des ganglions correspondants de la région où se manifeste l'éruption.

L'apparition des vésicules pour un même groupe est simultanée, elle se fait en une seule poussée pour un même groupe, au contraire les groupes se forment successivement dans l'espace de huit jours au plus, et leur évolution se complète en deux ou trois semaines.

Chaque vésicule évolue comme dans toute éruption herpétique. Quand la croûte tombe, il demeure une tache pigmentaire et dans le zona de la face surtout, une cicatrice indélébile.

Certaines complications viennent quelquefois troubler l'évolution simple du zona. Ce sont les lésions de grattage puis celles qui tiennent à l'essence même de la maladie, comme le zona hémorragique et le zona gangreneux. Tel est, d'une façon générale, le zona, mais les troubles nerveux sont trop importants pour n'y être pas mentionnés.

Les *névralgies zostériennes* peuvent apparaître avant, pendant et après l'éruption, il est essentiel de retenir ce détail chronologique, car si un zona se produit sans douleur, il faudrait bien se garder de croire que la névralgie fera défaut. Elle n'est pas constante, elle peut manquer complètement; elle n'est pas en rapport avec l'intensité de l'éruption et tel zona abortif n'ayant que quelques vésicules en série linéaire sera très douloureux.

Les *troubles de la sensibilité* sont intéressants à étudier et il faut rechercher sur les malades les plaques d'hyperesthésie et les plaques d'anesthésie dont le mélange constitue ces troubles.

Bien que ce mélange soit la règle, il n'est point indispensable et l'on trouve parfois une seule catégorie de plaques. En tout cas ces plaques ou bien correspondent exactement aux groupes éruptifs ou bien ils siègent entre eux mais occupent toujours uniquement le territoire nerveux de l'éruption zostérienne. *L'hémiplégie faciale*, accompagnant plutôt le zona facial, coexiste avec des zones d'autres régions; l'hémiplégie reconnaît la même cause que le zona: hémiplégie et éruptions sont contemporaines.

Étiologie du zona. L'étiologie du zona a soulevé d'intéressantes discussions. Il y a les partisans de la théorie périphérique et les metaméristes, c'est-à-dire ceux qui prétendent que le zona résulte d'une lésion centrale, d'une myélite localisée. Mais que l'on se prononce pour la névrite ou bien qu'on adopte la myélite, il faut à cette névrite, à cette myélite une cause première. Cette cause première, c'est l'infection et pour preuves nous avons les symptômes généraux qui précèdent ou accompagnent l'éruption, de ce que souvent il est épidémique surtout au printemps et qu'en thèse générale une première atteinte confère l'immunité

B. Éruption zostériennes.—A côté du zona primitif, il y a les zones symptomatiques, les éruptions zostériennes.

Dans toutes les maladies du cordon postérieur de la moëlle, surtout dans l'ataxie locomotrice, on voit des éruptions semblables à celle du zona

essentiel apparaissant brusquement comme elle, mais sans troubles généraux.

A la suite de lésions des nerfs, par plaies ou contusions dans leur sphère de distribution, il survient des symptômes zostérisiformes.

Le traitement de l'herpès zoster est bien simple " ne rien faire le premier jour et continuer les jours suivants disait Desprès." Eviter le colloidion qui écorche, évitez les pommades, les poudres, les moyens prétendus abortifs. Recommandez au malade de ne pas se gratter, de rester au repos pour ne pas rompre les vésicules sur lesquelles vous ferez simplement appliquer une couche de ouate, sur les ulcérations, appliquez un liniment aloe calcaire et recouvrez encore de ouate.

Ce qui n'est pas temporaire dans le zona, ce sont les renalgies et toutes les ressources de la thérapeutique ne sont pas de trop contre elles ; il n'y en a pas même assez.....

DR P. H. BEDARD.

Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb

Par A. MONTPETIT (d'Angers)

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'École de Médecine.

Voici comment il convient d'agir :

- 1^o Avec une spatule très plate, ou un vulgaire bout d'allumette, glissez entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir atteint la gouttière intra-inguéale, une mince couche de ouate suffisamment longue pour que son autre partie libre se trouve à recouvrir toute la partie saine de l'ongle ;
- 2^o Préparez une petite mèche d'ouate, que vous roulez entre les doigts et placez-la longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéale, à la limite où vous jugez les chairs saines ;
- 3^o Dans l'espèce de rainure ainsi formée et où vous n'apercevez que le bourrelet fongueux, mettez le nitrate de plomb régulièrement tassé, rabat-

tez l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche ci-dessus, ajoutez encore un peu de ouate, et placez une bande de gaze mouillée.

Le lendemain enlevez ce pansement. Au lieu de chairs sanieuses et suppurantes, vous êtes le plus souvent tout surpris de trouver des tissus rosés et de bon aspect. Remplacez un pansement comme ci-dessus, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire, jusqu'à ce que vous puissiez nettement voir le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants.

Changez alors de tactique. Patiemment, en une ou deux séances, relevez ce bord avec un peu d'ouate que vous glissez dessous, cessez l'emploi du nitrate de plomb, à moins que vous ne jugiez, par hasard, les chairs encore insuffisamment détruites ; faites un pansement sec ; dites au malade de continuer ainsi, et c'est tout. L'ongle croîtra par-dessus les chairs qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées ; il aura repris son chemin normal. Notre malade aura guéri.

Je crois pouvoir ajouter ceci : il n'y a pas un ongle incarné vulgaire dont on ne vienne à bout avec ce traitement patiemment suivi. S'il se reproduit (c'est assez rare), on recommence le traitement dès le début, et le patient ne s'aperçoit pour ainsi dire pas de son ennui. Des cinq malades que j'ai traités par ce procédé, un seul a eu jusqu'à présent une récurrence ; il s'est soigné lui-même. J'en ai opéré deux après avoir essayé des traitements variés, avant que je connusse l'emploi du nitrate de plomb. Je revois parfois un de ces malades ; il prétend à bon droit souffrir de ses chaussures. Je ne recommencerai sans doute pas de si tôt.

Ainsi donc le désavantage du procédé : récurrence possible sans doute, mais rare, et qui provient infailliblement de ce que le malade, ne surveille pas son ongle qui se développe ; récurrence possible à laquelle il est facile de parer en deux ou trois jours, avec un seul pansement chaque matin.

2° Avantages : peu coûteux ; facile à appliquer sans même être obligé le plus souvent de condamner le malade à l'absolu repos ; peu douloureux ; presque infaillible.

Le nitrate de plomb mérite donc dans la thérapeutique de l'ongle incarné une juste préférence ; il doit reprendre la place qu'il a perdue.

Depuis que je publiai ces lignes dans *l'Anjou Médical* en mars 1898, j'ai continué. le cas échéant, à me servir du procédé de nos confrères de Longué.

Je fais placer le nitrate de plomb finement pulvérisé, directement sur la rainure et sur le bourgeon charnu qui la surplombe ; par-dessus je fais

mettre un peu de coton et une petite bande. Au bout de deux ou trois applications, le bourgeonnement est complètement détruit, et le bord de l'ongle est à découvert. On sectionne avec les ciseaux le bord de l'ongle, de façon à faire cesser toute irritation due à l'incarnation, et la cicatrisation survient très facilement avec la cessation de toute gêne et de toute douleur. Il n'y a plus qu'à surveiller la croissance de l'ongle comme dans tout autre procédé, pour éviter la récédive.

Pendant toute la durée du traitement, le malade peut continuer à marcher et à vaquer à ses occupations ordinaires, sans en éprouver plus de gêne qu'auparavant. Après les deux premières applications toute gêne a déjà disparu, et la marche est devenue plus facile.

Lorsqu'il n'y a pas de bourgeon ulcéré et saillant, il me semble que le procédé est peu efficace et j'ai dû, dans un cas de ce genre, enlever l'ongle. C'est la seule fois que j'ai eu recours à l'intervention sanglante, depuis bientôt deux ans, et cependant l'ongle incarné se rencontre assez fréquemment, surtout dans la clientèle hospitalière.

Archives provinciales de Chirurgie

Leçons de Bactériologie pratique

Du DR LENNÉ des hôpitaux de Paris.

Depuis les merveilleuses découvertes de Pasteur, la bactériologie a fait de grands progrès, et quittant le domaine exclusif du laboratoire, elle est venue aider la solution de nombreux problèmes cliniques, éclairer le diagnostic et fixer le pronostic d'une foule de maladies infectieuses.

La multiplication des laboratoires, la simplification des méthodes d'examen ont rendu faciles à acquérir ces connaissances de technique microbologique indispensables à tout médecin. Ce sont ces notions élémentaires, essentiellement pratiques, que nous désirons résumer en quelques pages ; nous étudierons donc, après quelques généralités nécessaires à connaître sur les microbes en général, les bactéries pathogènes spontanément, les plus importantes, avec leurs propriétés biologiques et pathologiques.

Mais avant d'aborder le côté pratique de cette importante étude, rappelons succinctement, en nous servant des données de l'auteur, que ces infirmités petits, causes de tant de maux dans l'organisme, ont :

1° *leur histoire.* Elle commence à peu près au XVIII^e siècle. Bien que les bactéries furent alors décrites par Teuwenhoeck, le mérite d'avoir établi les connexités qui unissent la fermentation des liquides au développement dans leur intérieur de ces petits êtres, revient à Pasteur en 1861. Depuis cette époque, toute une série de microbes dont la liste est loin d'être close, furent découverts par ses contemporains.

2° *Leur place en histoire naturelle.* Pour les uns, les bacilles sont considérés comme des animaux, pour d'autres ce seraient des plantes.

3° *Leur forme.*—Les bactéries peuvent revêtir trois formes spéciales : *arrondie, bacillaire et spiralee.*

La première forme, celle de coccus, comprend ;

Les microcoques dont les cellules sont isolées ou réunies sans ordre distinct ;

Les diplocoques, où elles sont groupées par deux ;

Les tétragènes, où elles sont groupées par quatre :

Les staphylocoques, où elles sont groupées en grappes ou en éventail ,

Les streptocoques, où elles sont groupées par chaînettes.

La seconde forme, ou bacillaire, est celle d'un bâtonnet, tantôt très court, ovoïde, libre (*bactérium*), ou mince et allongé, libre ou réuni à ses congénères (*bacillus*).

La troisième forme comprend des bâtonnets courts, en virgule (*vibron*), ou des bâtonnets longs, courbés, en spirale (*spirille*). Cette troisième forme n'est en somme qu'une variété de la seconde.

Entre ces différentes formes existent des transitions ; les bactéries sont, du reste, polymorphes, et le milieu de culture a une grosse influence sur leur aspect ; c'est ainsi que, dans les milieux pauvres, elles présentent des renflements ce sont *les formes d'involutions*.

Dimensions. — Les dimensions comparées des microbes varient de 0. mill 005 (bacille de la tuberculose) à 0. mill 002 (bactérie charbonneuse) pour l'épaisseur ; quant à la longueur, elle varie suivant les espèces et même suivant les éléments d'une même espèce : elle équivaut en général à 4 ou 6 fois l'épaisseur.

4° *Leur structure.* Elles se composent d'une membrane à double contour qui renferme une substance claire ou granuleuse, partie centrale du microbe qui présente les propriétés physiologiques du noyau. Certaines bactéries sont incolores, d'autres peuvent revêtir toutes les couleurs—cesont, les espèces chromogènes.

4° *Leur motilité.* Leur mouvement est dû à une contractilité générale ou produit par des cils vibratiles dont le siège et le nombre ont été fixés suivant les microbes : Ces caractères assez positifs ont même servi de base à une classification.

6° *Leur reproduction.*—La multiplication des bactéries peut se faire par simple bipartition, mais seulement dans certaines conditions, tandis que leur évolution commence et finit à la spore. La découverte des spores est due à Pasteur ; elles apparaissent surtout quand le milieu nutritif a cessé d'être favorable au développement des microbes.

Les bactéries sont endosporées, suivant que la spore apparaît par transformation totale ou partielle de la cellule. La formation endosporée est de beaucoup la plus fréquente, elle a été constatée sur un grand nombre de bacilles et spirilles.

Placée dans des conditions favorables, la spore germe par rupture de sa résistante membrane d'enveloppe, et donne naissance à un élément microbien.

7° *Leur nutrition.* — Les microbes abondent partout, dans l'air, le sol, à la surface et dans toutes les cavités naturelles du corps ; cette excessive dispersion rend compte de la facilité avec laquelle ils cultivent dans les milieux exposés à l'air. Les uns absorbent de l'oxygène qu'ils empruntent à l'air ou aux liquides dans lesquels ils se baignent, ce sont les *aérobies*, mais il en existe d'autres, les *anaérobies*, qui ne cultivent qu'à l'abri de l'air ; nombreux sont les indifférents, et à côté des anaérobies vrais ou obligés, il y a des anaérobies facultatifs. Les bactéries se nourrissent principalement de sels et de matériaux sucrés ou albuminoïdes ; le milieu doit être neutre ou alcalin. Le choix de l'aliment influe beaucoup sur le développement des espèces et quand le milieu est défavorable, le microbe perd sa virulence, donne des formes d'involution et meurt après avoir fourni des spores.

8° *Leurs sécrétions et excréments.* — Les microbes sécrètent divers principes dont les uns sont chargés de transformer les aliments en les rendant assimilables, cette transformation se fait à l'aide de ferments solubles ou diastases qui saccharifient l'amidon, intervertissent le sucre de canne ou peptonisent les albuminoïdes ; certains liquéfient la gélatine et cette propriété a une grosse valeur au point de vue de la détermination de l'espèce. Mais à côté de ces produits de sécrétions utiles à la nutrition de la cellule, il en existe d'autres qui sont au contraire des substances de déchets et qui

ont une action néfaste sur les organismes, ce sont les ptomaines et les toxalbumines ou *toxines microbiennes*. Roux et Yersin ont le premier isolé et expérimenté la toxine diphtérique dont l'inoculation au cobaye produit des manifestations semblables à celles provoquées par l'inoculation de la culture. Même remarque a été faite pour un grand nombre d'autres toxines et on en a conclu que dans les infections, les microbes agissent surtout en intoxiquant l'organisme par les poisons qu'ils sécrètent.

9° *Sont influencés par différents agents.* — Les microbes peuvent vivre dans la glace ; beaucoup même supportent pendant quelque temps des températures de 15 degrés et plus. La température la plus favorable à leur développement est de 37 à 39 degrés ; au-dessus et au dessous, leur virulence s'atténue et à 100 degrés la plupart meurent. Les rayons solaires ont sur eux une influence néfaste. Contrairement aux bactéries, les spores, grâce à leur membrane d'enveloppe, résistent à la dessiccation, à l'ébullition et à beaucoup d'agents chimiques, en particulier aux antiseptiques ; cette résistance, jointe à leur petit volume, explique comment emportées par l'air elles vont jouer un grand rôle dans la dispersion des bactéries.

10° *Leurs milieux de culture.*—On cultive les bactéries dans des milieux stérilisés soit par filtration sur la bougie de porcelaine, soit par passage à l'autoclave ; les récipients, les tubes ballons, etc., sont stérilisés au four pasteur. Les espèces aérobies sontensemencées en milieux liquide ou solides, les milieux liquides les plus employés sont le lait, le sérum et surtout le bouillon peptorrisé. Les milieux solides usités sont la gélatine qui a l'inconvénient de fondre en été à la température normale, la gélose ou agar qui ne fond qu'à 40°, enfin le sérum, la pomme de terre et la carotte.

○ *Leur mode d'ensemencement.* Pour semer l'un quelconque de ces milieux on n'aura qu'à consulter les traités spéciaux en la matière. Disons en passant, qu'on ne doit employer que des milieux et des objets stériles et être rapides dans les manipulations, afin d'éviter la souillure par les germes étrangers, causes d'erreur si fréquente dans les résultats obtenus.—Toutefois il faudra veiller à ce que les antiseptiques ne soient pas de force et de nature à détruire certains germes pathogènes.

L'étude des microbes est complète par l'inoculation à l'animal vivant dans le double but d'isoler ceux qui ont un organisme pour ainsi dire spécifique et d'indiquer leur virulence. Le lapin, le cobaye, le rat et la souris sont les animaux les plus communément utilisés dans les laboratoires.

L'examen des bactéries en culture présente au microscopes de sérieuses difficultés en raison de leur petitesse et de leur faible réfringence. Mais grâce aux matières colorantes on peut maintenant les étudier et dicéler leur présence là où elle était niée. Les spores se colorent et se décolorent beaucoup plus difficilement que les bactéries. C'est encore sur les mêmes principes de coloration qu'on examine et différencie si facilement aujourd'hui les bactéries en liqui le pathologique et recherche dans les coupes des tissus toutes les variétés microbiennes. (1)

(A suivre)

De la Gazette des Hôpitaux

Dr C. R. P

Pansements avec la pulpe de bois.

Dans le *Medical Record* de New-York du 7 Octobre 1839, nous trouvons une intéressante étude dans l'emploi de la pulpe de bois comme substance à cataplasmes et à pansements, par l'infirmier Frédéric F. Gordon.

Il se sert de la pulpe de bois à l'état brut, mise en feuilles, telle qu'elle sort des manufactures. Outre son prix modique et sa commodité, elle possède les qualités suivantes : macérée dans l'eau elle se gonfle et absorbe de quatre à cinq fois son poids de liquide qu'elle retient longtemps. Par son ramollissement dans l'eau on peut faire des cataplasmes de la consistance désirée en variant la quantité d'eau. Elle absorbe une grande quantité d'eau chaude et conserve sa chaleur et son humidité beaucoup plus longtemps que les cataplasmes de pain ou de graines de lin. On peut ajouter des antiseptiques à l'eau absorbée. Bien plus, quand la pulpe est bien sèche, on peut lui faire absorber également des huiles et des graisses avec des antiseptiques, tels que le thymol et l'eucalyptol, en faisant ainsi un excellent émollient et pansement. On peut s'en servir aussi comme bandage, en lui donnant la forme voulue et la laissant sécher. Légèrement imbibée

(1) Dans un prochain numéro nous étudierons de plus près les propriétés biologiques et pathologiques pathogènes spontanément pour l'homme seul ou pour l'homme et les animaux.

d'une solution antiseptique elle peut servir de pansement absorbant, etc.

On peut facilement la stériliser par la chaleur. La pulpe pèse peu, se conserve très bien, et devient pour le praticien un matériel idéal.

De l'ouverture des abcès amygdaliens (BULLETIN MÉDICAL)

A la Société de Médecine de Bordeaux.

M. Mevure a critiqué l'emploi du bistouri pour l'ouverture des abcès amygdaliens ; il reproche à cette incision divers inconvénients, dont les principaux sont : d'abord l'écoulement de sang, quelquefois abondant, qui suit cette intervention et rend le médecin un peu craintif dans l'emploi de ce moyen, surtout à la période de début, alors que la collection purulente n'est pas encore très bien formée. L'incision au bistouri se referme assez rapidement, au point de ne plus permettre dès le lendemain du jour où elle a été pratiquée, l'écoulement du pus au dehors, exposant ainsi le malade à une nouvelle poussée suppurative. Aussi, dans quelques-cas, voit on survenir à la suite 2 et même 3 abcès. Il est évident que c'est alors la même infection qui se continue, le premier abcès ayant été mal et incomplètement vidé. Avec le bistouri, si le pus n'est pas sous la muqueuse et si on ne l'a pas trouvé dès les premières incisions, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'aller à sa recherche dans la profondeur du tissu enflammé ; de sorte que, très souvent, la ponction ainsi faite est absolument illusoire et ne rend point au malade le service qu'il en attend.

Dans le procédé prôné par M. Moore, tous ces inconvénients disparaîtraient. " J'ai, dit M. Moore, l'habitude d'ouvrir les collections purulentes amygdaliennes ou peri-amygdaliennes avec le galvanocantère, ce qui me permet, 1^o de faire une ouverture plus large qui facilite l'écoulement de la suppuration au dehors ; 2^o d'éviter l'écoulement sanguin qui devient alors insignifiant ; ce qui permet d'aller jusque dans les profondeurs du tissu amygdalien, de le traverser même pour pénétrer dans le pilier postérieur à la recherche du pus. 3^o Le trajet ainsi créé n'ayant aucune tendance à se fermer rapidement, il en résulte que l'écoulement du liquide collecté peut se faire d'une manière complète, et que, par conséquent, le malade n'est pas exposé, comme dans les cas précédents, à des rechutes

immédiates et à la prolongation indéfinie de l'inflammation suppurative de la région. 4° Enfin, l'absence de l'hémorrhagie permet de pratiquer une ouverture précoce et de donner issue au pus dès le troisième ou le quatrième jour, puisque, très souvent, la collection purulente existe déjà à cette période de la maladie."

Si, à cause de son siège un peu profond, il n'est pas possible de trouver le pus aussitôt, on crée néanmoins une voie largement ouverte à laquelle il ne tardera pas à se faire jour de lui-même 24 ou 48 heures après que l'incision libératrice aura été pratiquée par ce procédé.

En résumé, le galvanocautère permet d'ouvrir hâtivement les abcès de l'arrière-gorge en général, de faire un trajet large et permanent par lequel la suppuration peut facilement s'écouler au dehors, et enfin de donner issue à la collection qui occasionne les différents symptômes de cette maladie. La maladie se trouve ainsi raccourcie dans sa durée et ne produit pas ces délabrements, ces fusées purulentes dans les tissus voisins, ou bien ces autres complications graves qui sont parfois la conséquence d'une intervention chirurgicale trop longtemps différée.

Cependant, ce procédé a l'inconvénient d'être un peu douloureux, comme l'est du reste le bistouri lui-même malgré la cocaïnisation préalable de la région. Il est un peu plus lent que l'instrument tranchant parce qu'il faut pénétrer peu à peu avec le couteau galvanique dans l'épaisseur des tissus malades; mais la douleur qu'il provoque est tout à fait passagère et, dès le lendemain, malgré l'existence d'une vaste eschare, les phénomènes douloureux dus à l'intervention ont complètement disparu. Ce fait ne doit pas étonner si l'on se rappelle combien sont peu douloureuses les amygdales auxquelles on fait subir des séances d'ignipuncture. Ces amygdales, bien que recouvertes encore, 24 heures après la brûlure, d'une vaste eschare, permettent cependant au malade de s'alimenter facilement et souvent sans la moindre douleur.

Dr R. F.

Congrès International de Médecine

PARIS 29 AOÛT 1900.

Le Comité Exécutif Français rappelle aux membres du corps médical canadien, les articles du Règlement contenant les conditions d'admissibilité au congrès et d'inscription pour communications dans les Sections.

I CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS.

Seront membres du congrès :

- 1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande :
- 2° Les savants qui seront présentés au comité exécutif français par leur comité national.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un premier versement de 25 francs au Trésorier-Général du Congrès (Dr Duflocq, 64 rue de Mirosmesnil, Paris) ou au Dr J. T. Loranger, secrétaire, 999 rue St Denis, Montréal. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier ou à leur Comité national les membres du Congrès devront écrire visiblement leurs noms, qualités et adresse, joindre leur carte de visite et indiquer dans laquelle des 27 sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

II. CONDITIONS D'INSCRIPTIONS POUR COMMUNICATIONS DANS LES SECTIONS.

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir au Secrétaire de cette section, avant le 1er mai 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le Comité Exécutif a préparé une liste des noms et adresses des Secrétaires des sections à Paris, que nous publierons, faute d'espace, dans le prochain numéro.

géographie médicale de la moëlle épinière,

Par le Dr E. P. BENOIT, Montréal.

Nous avons lu avec un réel plaisir dans "l'Union Médicale" de novembre dernier, la leçon d'ouverture du cours de M. le professeur suppléant de Pathologie interne de Laval.

Le jeune professeur inaugure avec un succès bien mérité la chaire qu'on vient de lui confier et il fait preuve d'un talent digne de son poste, en traitant d'une manière aussi magistrale, ce sujet on ne peut plus *épineux* de la Géographie médicale de la moëlle épinière.

L'auteur appuie sur la nécessité d'étudier l'anatomie et la physiologie médicales du système nerveux, surtout au point de vue des localisations, car, comme le disait si bien Charcot, "dans les maladies de la moëlle, la lésion n'est rien, la localisation est tout."

Après avoir résumé les notions connues sur l'histologie du système nerveux, de la cellule et de son prolongement cylindroaxile, de la substance grise et de la substance blanche, sur le rôle et le mode d'action de la moëlle épinière comme organe central et comme organe de transmission, sur ceux des voies périphériques ou nerfs, des voies centrales ou cordons de la moëlle, le tout accompagné de bonnes figures schématiques, le professeur considère les localisations de la moëlle et termine par les considérations suivantes sur l'étiologie des maladies de la moëlle, qui couronnent si bien la fin de son travail.

« Si vous jetez un coup d'œil, dit-il, sur les artères nourricières de la moëlle, vous verrez qu'elles sont fournies par le plexus artériel de la première 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 moëlle, très nombreuses, sont toutes terminales, et que, par conséquent, les anastomoses et les circulations collatérales sont impossibles.

« 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 moëlle épinière, j'entends des maladies chroniques à forme sclérosique, est toujours 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 syngomyélie, 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 moëlle 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 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 retrouvons, 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 de la rupture de l'anévrisme miliaire de l'artère lenticulo-striée, inonder la capsule 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 moëlle."

" 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."

NOUVELLES

Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la mort du Dr Morency de St George de Beauce et celle du Dr J. W. Mount, de Montréal.

LE BULLETIN souhaite un heureux voyage à M. le Dr Eugène Mathieu, qui nous laisse pour aller quelques temps en Europe refaire sa santé ébranlée par un excès de travail professionnel. On espère que le Docteur voudra bien accorder au BULLETIN quelque souvenir dans ses moments de repos.

Nos félicitations à Mr le chirurgien-major J. D. Brousseau, de retour d'Europe où il a suivi avec succès des cours spéciaux à Netley et à Aldershot.

Nous apprenons avec plaisir le rétablissement de notre ami, le Dr Eugène Paquet, de St Aubert, qui a souffert de la fièvre typhoïde depuis quelques semaines.