

PAGE

MANQUANTE

La folie puerpérale

Par E. A. René de Cotret, professeur de Clinique obstétricale, accoucheur de la Maternité.

Vous venez de voir cette malade qui a déjà fait le sujet de notre clinique sur l'auto-intoxication gravidique, hé bien ! cette malade fait aujourd'hui de la folie puerpérale, et se prête encore à une nouvelle clinique. C'est pour cela qu'aujourd'hui je vous parlerai de la folie puerpérale.

On observe fréquemment chez les femmes enceintes des troubles extrêmement variés, des caprices, des bizarreries, des changements de caractère, des versatilités d'humeur, des affections nouvelles, des antipathies non raisonnées. Ces lésions qui portent sur l'ensemble des facultés intellectuelles ou sur l'une d'elles constituent de simples dispositions morales qui ne privent pas les malades de leur libre arbitre.

Dans un certain nombre de cas, ces troubles nerveux vont plus loin et sont assez accentués pour être caractérisés de folie, pour arriver jusqu'à la véritable aliénation, la folie puerpérale. Cette folie est susceptible d'apparaître à tous les moments de la puerpéralité, grossesse, accouchement, suites de couches, lactation.

Sans vouloir faire l'histoire de cette question et sans chercher à démontrer les rapports qui existent entre les psychoses et l'état puerpéral, je puis bien dire qu'Hippocrate et Galien parlent dans leurs écrits des transports maniaques et de la manie. "Lorsque les lochies, dit Hippocrate, se portent vers la tête, il peut survenir de l'excitation, du délire et des transports maniaques." De son côté Galien dit: "Le sang plus brûlant s'accumule dans les mamelles et ne peut se convertir en lait; en raison des connexions qui existent entre les mamelles et le cerveau, les vapeurs brûlantes montent vers ce dernier et la manie peut survenir."

Je laisse donc de côté la question historique et je dis: la folie puerpérale est un terme générique qui comprend des formes très diverses de vésanies; les délires qui apparaissent au cours de la grossesse et du puerpérium sont des plus variables dans leurs manifestations, de même qu'ils dépendent de causes différentes. La folie puerpérale ne constitue pas une entité morbide. Sous ce nom on groupe tous les délires partiels ou généraux qui accompagnent la puerpéralité, et n'ayant d'autre caractéristique que les circonstances où la folie s'est développée. La folie survient chez les femmes qui y sont prédisposées par des entités héréditaires névrotiques, et dont la cause déterminante est la dépression physique résultant d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels le travail n'agit que comme unité, plusieurs d'entre les autres ayant généralement exercé leur influence plus ou moins longtemps avant l'accouchement.

Comme l'analyse clinique montre qu'il existe plusieurs formes de folie puerpérale, il semble plus rationnel de les rassembler sous le terme générique de *psychoses puerpérales*.

Fréquence.—La fréquence des psychoses puerpérales varie suivant que les auteurs considèrent ou non comme constituant de la folie les troubles intellectuels parfois passagers que peuvent présenter les femmes enceintes. Si l'on ne considère que les manifestations sérieuses, on peut dire que les différentes formes de psychoses puerpérales sont relativement rares: 9 cas sur 3500 accouchements d'après Reid, 4 sur 2000 d'après Gramm, 5 sur 4000 d'après Vinay.

Quant à la fréquence relative, il est certain que c'est principalement au cours du puerpérium que l'on voit se développer les troubles vésaniques, puis pendant la lactation et enfin le moins souvent pendant la grossesse. La réunion de certaines statistiques nous donnent les chiffres respectifs de 238, 141 et 55.

Ce serait surtout chez les femmes de trente à quarante ans qu'on rencontrerait ces psychoses puerpérales.

Causes.—Les causes principales des différentes formes de vésanies puerpérales sont: l'hérédité et la *prédisposition personnelle*. L'hérédité doit être soigneusement recherchée, non seulement du côté des troubles mentaux vrais, mais aussi du côté de l'épilepsie, de l'hystérie, de la neurasthénie chez les ascendants. En un mot il y a eu phéno ou névropathie chez les ascendants.

Généralement, les femmes qui deviennent folles au cours de la puerpéralité sont celles qui l'ont déjà été autrefois, ou qui, sans avoir présenté d'aliénation mentale proprement dite, ont eu des accidents nets d'hystérie, d'épilepsie, de neurasthénie, d'hystéro-épilepsie.

Les causes adjuvantes sont les souffrances et les maladies qui accompagnent parfois la puerpéralité, les fatigues de la grossesse et de l'allaitement, les craintes d'un accouchement difficile, les douleurs de la parturition, la dépression mentale que provoquent des conditions sociales anormales, les soucis causés par la santé de l'enfant, la primiparité, les grossesses répétées, l'âge avancé des malades, les angisses que provoque une faute, l'affaiblissement qui résulte des hémorragies, la lactation prolongée, le sevrage forcé, les abcès du sein.

D'après Vinay "ces différentes conditions que nous venons d'énumérer n'ont par elle-mêmes rien de spécial, attendu que les peines morales et physiques, l'affaiblissement qui résulte des hémorragies et d'une sécrétion trop longtemps prolongée, peuvent se produire en dehors de l'état puerpéral; aussi la plupart des aliénistes ne considèrent pas la folie puerpérale comme une forme distincte qui pourrait être assimilée à la folie alcoolique et saturnine, ce n'est une entité morbide ni par sa forme, ni par ses causes, ce n'est pas une espèce pathologique, mais seulement un aspect délirant de la dégénérescence mentale et de l'hérédité.

"Mais une opinion récente a tenté de donner une sorte d'unité aux différentes formes de vésanies qui compliquent l'état puerpéral en les considérant comme des accidents dont la production résulte directement de la gros-

resse et de l'accouchement. On a vu que beaucoup de ces troubles mentaux étaient consécutifs, pendant la grossesse, à l'éclampsie, et pendant les suites de couches, aux accidents de l'infection puerpérale, de sorte que ces psychoses, par leur origine infectieuse ou toxique, présenteraient un caractère spécial et une pathogénie identique."

Chambrelent et Cathala divisent l'étude des psychoses puerpérales en trois chapitres quant à l'étiologie:

10. Les psychoses qui apparaissent au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation, en dehors de toute intoxication gravidique et de toute infection apparentes;

20. Les psychoses qui surviennent chez les éclamptiques;

30. Les psychoses qui sont dues à l'infection puerpérale.

Garrigues donne la même division, c'est-à-dire: psychoses idiopathique, infectieuse et toxique.

La folie est fréquente à la suite des accès éclamptiques, d'après Olshausen dans 6 pour 100 des cas d'éclampsie. Elle s'observe surtout quand les accès convulsifs ont été suivis d'une période de coma profond. Exceptionnellement on rencontre des psychoses qui dépendent d'une auto-intoxication, sans qu'il y ait eu des phénomènes convulsifs. Vinay dit: "qu'on doit admettre, avec Ballet, qu'il existe, pendant la grossesse, des auto-intoxications à manifestation à la fois convulsive et délirante et des auto-intoxications à manifestation exclusivement délirante: c'est du reste ce qu'on observe dans l'urémie qui survient en dehors de l'état puerpéral."

Mais, comme le plus souvent la psychose n'apparaît que un ou deux jours après les symptômes éclamptiques, alors que la sécrétion urinaire est redevenue abondante et même dépasse la normale, certains auteurs ont voulu mettre en doute l'influence de l'éclampsie sur l'apparition de la folie. Budin veut qu'il y ait une prédisposition à cette vésanie. "L'éclampsie, dit-il, est parfois suivie chez les *prédisposées* d'une vésanie imputable soit à l'auto-intoxication seule, soit à l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence."

L'infection puerpérale est la grande cause indiscutée des troubles psychiques de la puerpéralité: d'après Lallier 70 pour 100 et d'après Hausen 86 pour 100 des cas de folie puerpérale sont dus à l'infection. Selon le témoignage des aliénistes, depuis l'introduction de l'antisepsie en obstétrique la fréquence des psychoses puerpérales a diminué d'une façon merveilleuse.

Ces deux causes, l'intoxication et l'infection, sont très discutables comme cause essentielle de la folie. "Même, dit Vinay, dans les cas très nets où la septicémie et l'éclampsie commandent l'éclosion des troubles de l'esprit, il est impossible de faire abstraction de la prédisposition. Comme Clarke l'a indiqué, deux conditions sont nécessaires pour la production du délire chez les accouchées: il faut d'une part une condition centrale qui est la prédisposition nerveuse et, d'autre part, un trouble accidentel qui réagisse sur le système nerveux, comme les toxines qui résultent de

l'infection, comme un accouchement laborieux ou les abcès de la mamelle, etc."

Symptômes. — La folie gravidique peut se manifester depuis le début de la conception, ce qui est rare, jusqu'à la fin du neuvième mois. Elle atteint son maximum de fréquence vers le septième ou le huitième mois. A moins de choc traumatique ou moral survenant accidentellement, la folie s'installe d'ordinaire progressivement. Les troubles intellectuels qui accompagnent la grossesse s'accroissent de plus en plus; la femme présente des bizarreries du caractère, de la céphalée, de l'amoindrissement de l'intelligence, de l'aboulie, des périodes d'excitation ou de torpeur. Puis peu à peu les symptômes morbides se caractérisent plus nettement. Il n'est pas rare d'observer des impulsions irrésistibles, par exemple de la dysomanie, de la kleptomanie. D'autres fois les femmes ont des idées de tristesse, des obsessions, des hallucinations ou des phobies diverses.

Un degré de plus, et on observe la mélancolie ou la manie. Les états de dépression avec idées mélancoliques semblent les plus fréquents pendant la grossesse; ils peuvent conduire au meurtre ou au suicide, à la suite d'idées de persécution; quelquefois il y a excitation, insomnie, irascibilité, et véritables crises de manie furieuse.

La folie peut n'apparaître que sous l'influence des *douleurs du travail*. On la rencontre le plus souvent dans les accouchements difficiles, mais quelquefois aussi dans les accouchements naturels. La folie éclate surtout pendant la dernière période du travail, quand apparaissent les douleurs conquassantes, ou que se fait la délivrance. Malgré sa gravité apparente, ce délire n'a pas de conséquences sérieuses; il cesse spontanément lorsque l'accouchement se termine, et dans le cas où il se prolonge après la délivrance, sa durée ne dépasse presque jamais un petit nombre de jours, et bien rarement il dégénère en manie.

Le délire du *puerpérium* est surtout fréquent chez les primipares, en raison de la longueur habituelle du travail, en raison surtout des complications infectieuses qui accompagnent assez souvent une première parturition. Les psychoses post-partum apparaissent un temps variable après l'accouchement, en général du deuxième ou quatrième jour ou à la fin de la première semaine des couches. D'après Hoche la statistique donnerait 12 pour cent pendant les 3 premiers jours, 38 pour cent pendant la première semaine; 26 pour cent pendant les 2e et 3e semaines; 30 pour cent pendant les 4e, 5e et 6e semaines.

Le début, qui est parfois subit, se produit de deux façons différentes, tantôt il y a eu des phénomènes infectieux antérieurs, et l'explosion du délire est ordinairement précédé d'insomnie, de malaise général, de fièvre, de perte d'appétit avec soif et sécheresse de la langue; d'autres fois les accidents se produisent en l'absence de toute élévation de température et, fréquemment dans ces cas, ils ont été précédés par des accès convulsifs d'éclampsie.

Lorsque les troubles intellectuels ont été précédés d'accidents infectieux, on voit parfois un certain parallélisme entre l'agitation et la courbe thermique; avec l'élévation de la température, on constate une augmentation des symptômes délirants, et lorsque la température s'abaisse, ce délire

est remplacé par un autre moins bruyant. Dans le cas où le délire est provoqué par l'éclampsie il peut survenir immédiatement après le coma qui suit les convulsions; d'autres fois son apparition est plus tardive et il n'éclate que trente-six à quarante-huit heures après l'accès, au milieu d'un calme relatif.

La folie des nourrices est un phénomène tardif, il n'apparaît qu'au moment du sevrage. C'est surtout la mélancolie qu'on remarque dans ces cas; la manie est rare. Les accidents débutent soit brusquement, à la suite d'une émotion vive, d'un refroidissement, d'une perte sanguine, etc.; soit graduellement, d'une manière insensible. On trouve souvent à l'origine une maladie infectieuse, mastite, fièvre puerpérale, pneumonie, dysenterie, fièvre typhoïde, l'erysipèle de la face, etc.

Formes.—La véritable folie se manifeste sous trois types principaux: le plus commun de tous, celui qui est en quelque sorte lié à l'éclampsie et surtout à l'infection puerpérale est la confusion mentale hallucinatoire. Mais les névroses réveillées lui donnent aussi naissance.

La mélancolie est moins commune, elle se manifeste de préférence pendant la grossesse, chez les femmes qui ne sont ni éclamptiques, ni infectées. La manie vraie est encore plus rare; elle s'observe de préférence après l'accouchement.

Pronostic.—Les psychoses de la grossesse sont parfois passagères, mais, dans la majorité des cas, elles persistent pendant toute la durée de la grossesse et présentent en général une exacerbation au moment du travail. Après l'accouchement, il y a souvent sédation momentanée ou définitive des accidents. Les psychoses débutant dans la première moitié de la grossesse sont plus graves que celles de la seconde moitié.

La mélancolie de la grossesse est toujours d'un pronostic sévère: elle engendre des idées de meurtre, de suicide, et l'accouchement n'a guère d'action heureuse. Dans certains cas, à la mélancolie succède la manie aiguë, et la mort peut survenir alors plus ou moins rapidement. Même quand l'amélioration doit survenir dans la mélancolie, la durée de la psychose est de plusieurs mois. La folie peut survivre indéfiniment à la grossesse.

La grossesse qui survient chez une femme déjà aliénée ne peut qu'aggraver son état mental.

La folie qui se déclare au moment de l'accouchement est transitoire, sa durée ne dépasse presque jamais un petit nombre de jours, et bien rarement elle dégénère en manie.

La durée du délire, dans les suites de couches, est très variable; parfois sa disparition est rapide. D'autres fois il se prolonge pendant six à huit mois, mais au delà la folie devient définitive.

Le pronostic dans la folie des nourrices est bénin, plus bénin même que celui des autres formes du délire puerpéral.

Le pronostic est peut-être plus favorable dans les cas de mélancolie et d'impulsion ou d'obsession que dans les formes maniaques; celles-ci ont une plus grande tendance à l'incurabilité.

La folie puerpérale se caractérise surtout par la fréquence des récidives et cette condition a malheureusement la plus grande influence sur l'avenir mental de ces malades. Une première attaque guérit généralement; une seconde est moins accessible au traitement, et, quand il survient une troisième atteinte ou que la folie se développe chez des femmes ayant eu antérieurement des troubles mentaux, sérieux, l'aliénation devient chronique et l'intelligence est bien compromise.

La grossesse n'est pas modifiée dans son évolution par les troubles psychiques purs, abstraits de toute infection ou intoxication. L'hérédité nerveuse pèsera sur le produit de conception.

Traitement.—Le traitement à suivre varie avec la forme de la folie et aussi avec l'intensité des symptômes. La clef du succès se trouve dans le diagnostic précoce de la maladie. Le traitement prophylactique et général repose sur une bonne alimentation et la surveillance attentive des désordres physiques qui peuvent exister. Lorsque les accidents sont modérés, le traitement sera surtout hygiénique, on veillera à l'alimentation, on surveillera la liberté du ventre et on aura soin de combattre l'insomnie. On prescrira le calme absolu, au besoin l'isolement. On écartera de l'entourage tout ce qui pourrait provoquer l'excitation de la patiente.

On surveillera la patiente pour qu'elle ne se fasse aucun mal et qu'elle ne s'en inflige à personne.

Contre les psychoses de la grossesse, il est bon de recourir aux grands bains tièdes et prolongés, à l'emploi des narcotiques et sédatifs ordinaires, du chloral surtout à la dose de 2 à 3 grammes par jour. On peut aussi donner l'opium, la morphine, l'hyoscine, le bromure.

Dans les cas d'albuminurie ou d'auto-intoxication, on prescrira le régime lacté. Chez les éclamptiques, on se bornera le plus souvent à attendre la fin de la crise en veillant à l'aépsie la plus rigoureuse et on prescrira le chloral, le bromure, etc.

Il est inutile d'avoir recours à l'interruption de la grossesse, dans le but d'abrégier la durée du délire, pour la bonne raison que cette interruption n'a aucun effet favorable sur l'esprit de la patiente.

Pendant le travail, on sait que le délire se montre de préférence à la période d'expulsion. L'indication est de terminer l'accouchement le plus tôt possible, en usant de l'anesthésie, et des précautions aseptiques et antiseptiques les plus minutieuses; car l'infection aggrave ou fait éclore les désordres mentaux.

Lorsque la folie éclate chez une accouchée, elle est ordinairement commandée par des phénomènes infectieux d'origine génitale, c'est alors, outre l'isolement, le traitement de l'infection puerpérale qu'il faut instituer dans la grande majorité des cas: lavages et nettoyages utérins, sérum, ouverture d'abcès, etc., etc. L'antisepsie intestinale est également une nécessité, et après l'administration d'un purgatif, on donnera le salol, le benzo-naphtol. On aura recours au besoin aux calmants, chloral, sulfonal, hyoseyamine, bromures, etc. On aura aussi recours aux grands bains prolongés.

Dans tous les cas on doit isoler la malade, lui évitant toute excitation morale ou physique. On la surveillera attentivement et on éloignera son enfant. On ne doit pas se hâter de faire transporter ces malades dans les asiles d'aliénés, parce que leur délire se guérit quelquefois assez rapidement.

L'anémie de ces malades demande un traitement tonique et une alimentation réparatrice.

Quand la maladie commence à s'amender, on peut ordonner un changement de résidence ou un voyage.

A propos de rebouteurs et charlatans

On inaugurerait récemment avec le cérémonial public que requerrait l'occasion, une statue à la mémoire d'un rebouteur — en un coin de campagne de France. Combien il est heureux que cela se passe en France, — et non en province de Québec, car on voit d'ici les gorges-chaudes de certains pharisiens.

Il n'y a là rien d'ailleurs qui doive beaucoup surprendre, — qui ne nous surprend plus, accoutumés que nous sommes à ces manifestations de la crédulité populaire. Nous sommes plutôt étonnés à l'occasion, de la confiance témoignée par des esprits cultivés à ces guérisseurs charlatans, — tel ce juge, très intelligent qui faisait part à ses convives de la guérison apportée à sa fille par le Frère André, — tel ce directeur d'une grande association conduisant à une guérison que vous connaissez sa soeur, qui avait passé la période guérissable d'un goître exophtalmique très marqué *et tutti quanti!*

Il ne faut pas croire que nous sommes les seuls à souffrir de cette crédulité irraisonnée. Les grands quotidiens d'Angleterre rapportaient l'an dernier à longues colonnes les faits et gestes d'un rebouteur fameux du pays de Galles, dont les exploits étaient célébrés jusqu'à Londres. Si grande était sa renommée que l'on accourait à lui de tous les coins du pays, et que lords et députés mêmes vinrent à lui. Des athlètes nationaux mêmes eurent recours à la dextérité de ses doigts magiques.

Ceci tout simplement pour dire qu'en tout pays, la confiance populaire crée des courants d'opinion, qui, enflammés par une réclame savamment menée, amènent les foules aux officines des vendeurs de pilules, aux vertus magiques pour "hommes débiles et femmes faibles", ou à la porte des rebouteurs susdits.

Or donc à l'occasion de l'inauguration du buste en pierre à la mémoire du brave rebouteur français, notre confrère Helme a confié au papier ses réflexions philosophico-comiques sur l'état mental que met en lumière un tel événement. — Ecoutez-le causer dans un des derniers numéros de "La Presse Médicale".

"En insistant, dit-il, sur la perturbation de notre mentalité, en vous répétant que nous marchons la tête en bas, je sais bien à quoi je m'expose. Mais dussent les uns sus-

pecter la tonicité de mes voies digestives, les autres incriminer la torpeur de mes neurones, cela ne me retiendra pas de signaler les faits d'anarchie qui, de près ou de loin, touchent à notre domaine.

Il s'agit cette fois d'un buste érigé dans la Lozère à la mémoire d'un rebouteur, cantonnier de son état. Je commence par déclarer que, si ledit buste avait été élevé au fonctionnaire, je n'y trouverais rien à redire: un brave homme qui a cassé des tas de cailloux toute sa vie peut bien avoir droit à la pierre de taille après sa mort. On ne compte plus les bronzes et les marbres dressés journellement sur les maîls et les places publiques en l'honneur d'inconnus que vainement on s'efforce de faire illustres. De la plupart on pourrait dire que leur piédestal est la seule pierre qu'ils aient jamais apportée à l'édifice social. Donc, une statue de plus ou de moins, cela n'a pas d'importance. Mais celle de mon cantonnier a été de particulier qu'elle fut érigée non au loyal fonctionnaire, chirurgien de la route, mais au rebouteur récidiviste de l'exercice illégal de la médecine et dont la vie se passa à violer la Loi. Voici comment *Le Temps* de ces jours derniers a relaté la cérémonie:

En l'honneur d'un rebouteur. — Une cérémonie peu ordinaire a eu lieu dimanche à Nasbinals, chef-lieu de canton de la Lozère, perdu dans les froids plateaux de l'Aubrac, sur les limites de l'Aveyron. Sans bruit, sans appareil, sans rien d'officiel, le conseil municipal a procédé à l'inauguration d'un monument élevé avec le produit d'une souscription publique à un modeste cantonnier, Pierre Brioude, plus connu sous le nom de Pierronnet, mort il a deux ans, et que les habitants de la région considéraient comme leur bienfaiteur.

"À sa profession de cantonnier Brioude joignait celle de rebouteur et il s'était acquis dans cet art une réputation telle que chaque jour il lui arrivait un nombre considérable de malades venus de la France entière, des autres pays d'Europe et même d'Amérique.

"Son habileté et ses connaissances en anatomie eurent plusieurs fois occasion de se manifester d'une façon éclatante. Un fait, entre autres, était souvent cité par les admirateurs de Brioude. Traduit devant le tribunal correctionnel de Marvejols, à la requête des médecins de la région, sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine, le rebouteur comparut, son habit de bure recouvert d'une longue blouse bleue sous laquelle il dissimulait un corps assez volumineux. Comme les juges lui demandaient ce qu'il avait à dire pour sa défense, il sortit de dessous sa blouse un jeune agneau, le posa sur le plancher, et s'adressant aux médecins présents: "Remettez-le en état de marcher", leur dit-il. Le défi n'étant relevé par aucun, Brioude prit l'agneau, promena ses grosses mains sur les jambes, et, rendu à la liberté, celui-ci se mit à gambader, à la grande stupéfaction du public et des juges, qui acquittèrent le rebouteur.

"Brioude ne réclamait jamais d'honoraires; mais il acceptait volontiers les "dons" que les malades reconnaissants faisaient aux membres de sa famille. Il avait ainsi acquis une petite fortune.

"La mort du rebouteur Pierronnet fut un deuil public pour ces rudes populations dont la gratitude vient de se

traduire par l'érection, au milieu de la place publique de Nasbinals, du buste du cantonnier-rebouteur".

Le Temps est apprécié par nombre de nos confrères précisément parce qu'il prêche sans relâche le respect de la Loi, seule condition du progrès. Il serait donc piquant de souligner les commentaires légèrement subversifs de son *Echo* si vous n'en aviez, comme moi, savouré dès l'abord l'ironie cachée et d'essence supérieure. Le grave organe a voulu se gausser, nous invitant ainsi à ne rien prendre au tragique; c'est un excès où je me garderai, aujourd'hui comme hier, de tomber.

* * *

La médecine, je vous l'ai déjà dit, est peuplée de légendes, comme les arbres d'oiseaux. Par une foule de points, elle touche à l'inconnu, et c'est pourquoi elle en tire un peu d'autorité et beaucoup de faiblesse. On ne verra jamais un faux bottier ou un faux tailleur, ces métiers exigeant une habileté manuelle facilement contrôlable. Par contre, il ya toujours, dans la guérison d'un malade, une part de secret et de mystère que le premier charlatan venu peut prétendre connaître. Ce secret et ce mystère existent non seulement autour de nous, dans le mouvement inconnaissable de la vie, mais encore en nous-mêmes, dans le fonds d'idées que nous ont léguées nos ancêtres.

Aussi ne m'attarderai-je pas à railler, encore moins à blâmer les braves Lozériens. Ils ont obéi à la voix de leurs morts, pour employer une locution dont on abuse peut-être depuis Auguste Comte. A la porte des cavernes et, plus tard, des temples, on avait coutume d'exposer les incurables afin que chaque passant put indiquer le remède possible à leur mal. Cette habitude, née de la commune misère des hommes, a fini par faire partie de nous-mêmes. L'individu instruit, en pleine possession de sa volonté, arrive encore à dépouiller le vieil homme, à secouer le joug du passé. Mais se trouve-t-il, du fait d'une maladie un peu longue, en état d'infériorité psychique, aussitôt on le voit régresser au type du primitif. Un des grands ministres de la République, qui fut plusieurs fois le maître absolu du Gouvernement, ne faisait-il pas récemment appel à un rebouteur, en plein Paris? En temps normal, par son audace, sa haute intelligence, ce ministre offre le type du bel animal humain. Affaibli par la maladie, découragé par les lenteurs de notre art, il n'avait pas hésité au *Quid divinum*, ni plus ni moins que le dénier de ses électeurs illettrés.

Aux combattifs à lutte, s'ils veulent, contre l'ingratitude des malades et les préjugés dont notre art est victime! Le philosophe, lui, se bornera à constater une fois de plus que ce diable d'homme a eu beau transformer la face de la planète, se hausser même au vol des oiseaux, il n'est pas encore arrivé à changer son cœur.

On aurait, en outre, à relever, à la décharge des statuomanes lozériens, qu'ils furent les inconscientes victimes du mirage romantique. A travers ce prisme spécial, nos imaginations se complaisaient à voir fleurir, par antithèse, au baigné l'innocente vertu, alors que le vice salit les hermines réputées les plus blanches. De même que nous aimons parer la courtisane de tous les nobles sentiments, — à nous

les Dames aux Canélias! — de même il nous est doux d'auréoler des plus hautes facultés le front du plus illettré des journaliers. Les qualités de savoir on nous les dénie, à nous qui passons notre vie à apprendre, mais on les attribue avec joie — ô logique! — à qui n'étudia jamais.

Il faut dire enfin que le succès du rebouteur durera plus longtemps que celui de tous ses congénères en exercice illégal, probablement parce que de tous les guérisseurs il est le plus ancien. Remontons encore au primitif. Juché sur un arbre pour la cueillette, il s'est tout à coup laissé choir et a perdu le sens. Revenu à lui, il a constaté que son bras demeurerait impuissant et inerte. L'unique signe qui pouvait frapper sa cervelle obscure était celui de la paralysie. Les dieux seuls commandent aux mouvements. Eux seuls avaient pu le frapper. Alors intervenait le sorcier, ami de la divinité, et qui, lui, s'était élevé jusqu'à la connaissance de la lésion osseuse ou articulaire. Il tirait sur le membre, prononçait les paroles sacrées, et la vie revenait aussitôt habiter le bras frappé de mort. Et voilà le flambeau du *Quid Divinum* allumé pour les siècles et religieusement transmis de main en main dans la même famille.

La conduite des bons Lozériens n'a rien, vous le voyez, qui doive surprendre. Tout au plus pourrait-on chicaner les Juges qui acquitteraient si souvent le rebouteur. Leur premier, leur plus sacré devoir n'est-il pas de faire respecter les lois? A la vérité, leur prévenu guérissait quelquefois; mais cela nous arrive, à nous aussi, malgré tous nos diplômes. Il ne se faisait pas payer, mais volontiers il acceptait des dons, imitant en cela, sans le savoir, M. Jourdain qui cédait du drap à ses amis en échange de quelques cadeaux d'argent. Et j'avoue, à notre honte, qu'à ce point de vue ce cantonnier nous était supérieur: "Il avait, nous dit *Le Temps*, acquis ainsi une petite fortune." Combien des nôtres meurent à la porte sans laisser un morceau de pain à leurs enfants! L'indulgence des Juges s'expliquerait donc mal si ce paysan n'avait eu dans son sac des tours irrésistibles: il vient à l'audience avec un agneau, symbole de son innocence; et là, dans le prétoire, en face de ses accusateurs incapables de relever son défi, "il rhabille" incontinent le gracieux animal. Gambades et bêlements, voilà toute sa plaidoirie. Après ce trait génial, comment le condamner? Avoir rajeuni la force de maître Pathelin, cela ne valait-il pas l'acquiescement? La bonne volonté du Tribunal se marque par ce fait qu'il ne condamna point ces ignorants de médecins qui avaient commis la faute lourde de calomnier le guérisseur sans être capables eux-mêmes de faire gambader l'agneau.

* * *

Reste le rôle de l'Etat. Ah! c'est ici qu'apparaît en relief l'anarchie dont je parle. Je vous ai dit que je ne prendrais rien au tragique; je me garderai donc avec soin d'évoquer la longue théorie de nos blessés et de nos morts, et ceux qui se mutilent ou se tuent en apprenant leur métier, et ceux, plus nombreux encore, qui succombent, ignorés, en l'exerçant. Mais enfin, que penser de nos gouvernants? Comment! Ce sont eux qui ont assumé la charge de veiller à la délivrance et à la garde de nos diplômes, eux

qui ont pour mission d'assurer le respect de la Loi, et ils autorisent l'érection d'un monument à qui la viola toute sa vie! Pour le moindre déplacement de borne, pour la plus petite réparation, ce sont enquêtes sans fin, paperasseries innombrables, autorisations si tardives qu'on les croirait venues de Chine. Mais s'agit-il d'honorer l'exercice illégal, oh! alors toutes les barrières s'ouvrent, toutes les difficultés s'aplanissent. Si ce n'est pas de l'anarchie, cela, je ne sais vraiment plus ce que le mot signifie.

Notre excellent confrère Clémenceau, qui fut de tout temps un grand ironiste, déclarait, alors qu'il était chargé d'assurer l'ordre dans ce pays, qu'en France personne n'était à sa place. Oh! combien lui servait ici sa grande expérience! Et comme il avait raison! Quand vous déambulez sur la route, en auto, pour visiter vos malades, n'est-ce pas le même spectacle qui toujours s'offre à vous? Ici, un charretier lit son journal loin de sa bête soigneusement arrêtée en travers du chemin. Plus loin, c'est un paysan faisant la causette ou tout autre chose à quelques centaines de mètres derrière son attelage qui chemine sur la gauche. Charretiers, paysans, politiciens, juges, nul ne tient sa droite. Les uns, chargés de réglementer le travail, s'occupent de gréiculture; ce guerrier s'intéresse avant tout aux fourneaux, et c'est sa façon de préparer les troupes au feu; pendant ce temps, les humanitaristes, exaltés par leur amour de la paix et du genre humain, menacent de tout chambarder. Non, je le répète, personne ne tient sa droite. Mais où M. Clémenceau a tort, c'est quand il s'en étonne, puisqu'il suffit qu'un citoyen ne soit pas à sa place et contrevienne aux Lois pour qu'on lui élève une statue."

Attendons sans découragement, — et peut-être avant qu'il ne soit longtemps — verrons-nous quelqu'intellectuel local prendre l'initiative d'un monument à tel charlatan ou rebouteur si bien connu.

E. ST-JACQUES.

Traitements spécifiques et maladie de Stokes-Adam

À la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 4 juin dernier, MM. Ramond et Lévy-Bruhl relatent l'observation d'un homme de trente et un ans qui, à la suite d'une chute violente, présenta des phénomènes de pouls lent accompagné de vertiges et d'accès syncopaux. Avant d'être vu par M. Ramond, ce malade avait fait de longs séjours hospitaliers et avait été soumis aux traitements les plus divers sans avoir vu son état s'améliorer.

L'épreuve de l'atropine s'étant montrée négative, ce qui suggérait l'idée d'une lésion localisée au faisceau de His, M. Ramond pratiqua, chez ce malade, plusieurs injections intra-musculaires de bi-iodure. Rapidement le pouls monta successivement de 38 à 44, 48, 65 et enfin 68. À ce moment, les phénomènes de vertige disparurent, et le malade ne présenta plus de phénomènes syncopaux.

Toutefois, à la suite d'un exercice un peu violent, on note encore quelques vertiges et une diminution de quatre ou cinq pulsations, mais ces phénomènes ne sont plus que passagers.

Chirurgie pratique

Comment on examine une hanche

Par le médecin aide-major J. Doche.

Regardez, palpez, mobilisez: voici les trois étapes de l'examen.

I.—Que voyez-vous? Tout d'abord l'attitude du sujet.
1o *Sujet debout*, nu, immobile. Vous allez l'examiner de face, de profil et de dos, et votre inspection portera sur les membres inférieurs, le bassin et le tronc.

a) *Sujet de face*: Au niveau des membres inférieurs vous avez à résoudre les questions suivantes:

Le corps repose-t-il également sur les deux membres ou le sujet prend-il l'attitude du hancher? Y a-t-il disproportion entre le tronc et les membres inférieurs? L'un de ceux-ci semble-t-il, par rapport à l'autre, allongé ou raccourci? Leur parallélisme est-il parfait ou y a-t-il écartement, accollement ou croisement? Y a-t-il rotation interne ou externe de la pointe du pied?

Au niveau du bassin: symétrie et degré d'inclinaison des plis de l'aîne; élévation ou abaissement de la crête et de l'épine iliaques, relief et situation du grand trochanter.

Au niveau du tronc; sa rectitude ou son inclinaison latérale.

b) *Sujet de profil*. Au membre inférieur, extension ou degré de flexion de ses différents segments; surface d'appui du pied sur le sol.

1u bassin, abaissement, projection en avant de l'épine iliaque; inclinaison de la crête iliaque; situation de la saillie trochantérienne, relief ou aplatissement de la hanche et de la fesse.

Au tronc, cambrure normale, cyphose ou lordose avec prééminence de l'abdomen.

c) *Sujet de dos*. Pas de renseignements nouveaux au niveau des membres inférieurs.

Au bassin, obliquité du pli interfessier; abaissement, élévation ou obliquité du pli fessier; élargissement, relief ou aplatissement des fesses.

Au tronc, rectitude de la colonne lombaire ou scoliose.

2o Examinez maintenant le sujet couché sur un plan résistant: une table recouverte d'une couverture par exemple. Ni oreillers, ni coussins. Sinon, le bassin s'enfoncée dans les matelas, le corps prend les attitudes de compensation et les déviations pathologiques masquées passent inaperçues. Vous allez procéder à la mensuration des membres inférieurs.

1o Placez dans un plan symétrique le tronc et le bassin en exerçant des tractions sur le membre sain jusqu'à ce que les deux épines iliaques se trouvent au même niveau. Ce résultat est obtenu quand une règle appliquée sur l'abdomen suivant l'axe vertical du sternum, l'ombilic et le milieu du pubis tombent perpendiculairement sur une

Deuxième règle transversalement placée d'une épine iliaque à l'autre.

2o Placez les deux membres inférieurs dans une attitude symétrique par rapport au bassin. Si le membre malade est en abduction, mettez le membre sain dans une position semblable. Retenez cependant qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir cette position symétrique en présence d'une adduction avec rotation interne très prononcée. La mensuration comparative sans symétrie expose à trouver inexactement du côté malade un raccourcissement dû au rapprochement de la rotule et de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette symétrie obtenue, pratiquez les mensurations comparatives de l'épine iliaque à la base de la rotule ou à la pointe de la malléole interne. Appréciez ensuite le degré de flexion, d'adduction, ou d'abduction du membre inférieur, sa rotation externe ou interne par le degré de renversement du pied en dedans ou en dehors.

Portez maintenant votre attention sur la région de la hanche et notez les modifications de volume (gonflement, ou atrophie), de forme (saillies anormales, exagération ou disparition des saillies et des dépressions physiologiques), de coloration (rougeur, teinte violacée, dilatations veineuses, ecchymoses); les altérations des téguments: plaies, cicatrices, fistules: recherchez-les au fond des plis et des sillons, jusqu'à la région périnéale, notez leur forme, leur couleur, leurs dimensions, l'état de leurs bords, leurs sécrétions. Explorez-les au stylet; recherchez leur origine pelvienne: issue abondante de pus dans l'effort.

II.—Votre inspection terminée, vous allez maintenant procéder au palper.

Faites tout d'abord une palpation générale de la région malade: elle vous renseignera sur ses caractères physiques et physiologiques.

Vos mains, proménées à plat et symétriquement à la surface des deux hanches, vont sentir leurs différences générales de volume, de forme, de température, de sensibilité au froiement. Puis, de la pointe des doigts, vous allez rechercher les caractères de consistance: la tension, l'empatement, l'œdème, ses limites, sa mollesse ou sa dureté "fibreuse", les caractères du godet.

Si vous avez des raisons de soupçonner la présence de pus, recherchez-le par la fluctuation à ses sièges d'élection: en dehors, entre le couturier et le fascia lata; en dedans, au niveau des adducteurs; en avant, sous les vaisseaux fémoraux; en arrière, à la fesse, profondément sous le grand fessier. N'oubliez pas de faire cette recherche dans un sens parallèle aux fibres musculaires; car, si les muscles épais dissimulent facilement ces collections purulentes, ils peuvent aussi les simuler lorsqu'on recherche la fluctuation dans un plan perpendiculaire à leurs fibres.

Vous pouvez alors aborder la palpation détaillée ou localisatrice. Pincez la peau, doublée de sa couche graisseuse et appréciez son épaisseur, sa souplesse, sa mobilité. Explorez soigneusement les ganglions de l'aîne; sont-ils engorgés, douloureux, mobiles? Les groupes musculaires ont-ils conservé leur volume, leur tonicité; note-t-on de la con-

tracture? Le nerf sciatique est-il sensible à la pression profonde pratiquée dans la gouttière rétro-trochantérienne? Reste le temps important: l'exploration du squelette.

Commencez par l'os iliaque, en partant de la symphyse pubienne, en suivant la crête iliaque avec la pulpe de l'index, en explorant l'interligne sacro-iliaque suivant la ligne qui unit les deux épines iliaques postérieures, à 6 centimètres environ de la ligne médiane. Passez à l'ischion et facilitez-en l'examen par la flexion de la cuisse qui le découvre en faisant remonter le bord inférieur du grand fessier; saisissez-le entre le pouce et les autres doigts; notez sa sensibilité, ses déformations; terminez par l'exploration de la branche ischio-pubienne.

Explorez ensuite l'extrémité fémorale et tout d'abord la tête du fémur. Elle est accessible: 1o en avant, au dessous de l'arcade crurale, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux. Par une palpation progressive et profonde, vous en rechercherez la sensibilité. 3o en arrière et en l'absence d'attitude fixe, par la flexion de la cuisse sur le bassin, aussi prononcée que possible, attitude qui fait saillir la tête du fémur au-dessous des muscles fessiers.

Si la cavité cotyloïde est déshabillée, vos doigts s'enfoncent dans une dépression au lieu de rencontrer le plan osseux résistant, cherchez la tête fémorale là où elle se luxé de préférence. Par des mouvements de rotation, vous apprécierez son volume, sa forme, son orientation, sa mobilité.

Procédez maintenant à la palpation du col fémoral. Il est accessible dans le triangle de Scarpa suivant la bissectrice de l'angle ouvert en dehors que forme la moitié externe crurale avec la ligne des vaisseaux fémoraux.

Passez au petit trochanter dont vous explorerez la sensibilité en exerçant avec les doigts une pression sur la face interne de la cuisse, à quelques centimètres de la branche ischio-pubienne.

Explorez enfin le grand trochanter. Est-il en situation normale? En clinique, on emploie pour le contrôler le procédé de Nélaton. Fléchissez la cuisse à angle droit sur le bassin en la portant en adduction. Tracez une ligne droite entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique (ligne de Roser-Nélaton). Chez l'adulte, le sommet du grand trochanter est dans cette position, tangent à cette ligne. Si donc, le grand trochanter déborde par en haut, c'est qu'il y a déplacement, et la mensuration du segment susjacent à la ligne donne, en centimètres, la longueur de ce déplacement. Chez les enfants, vous devrez procéder comparativement, car, chez eux, le bord supérieur du grand trochanter reste sensiblement au dessous de la ligne Roser-Nélaton et le seul fait que ce bord devient tangent à cette ligne indique un déplacement. Vous estimez le raccourcissement du membre par la différence que vous relevez entre les distances qui séparent de chaque côté la ligne de Nélaton du bord supérieur de la saillie osseuse.

Cette situation repérée, explorez la sensibilité de la tubérosité, en exerçant des pressions sur les bords antérieur, supérieur, postérieur et sur sa face externe, puis saisissez-la dans la main pour noter comparativement ses

modifications de volume en largeur et en épaisseur, pour y rechercher la mobilité anormale et crépitation.

Au cours même d'une affection organique, il faut chercher également à provoquer la douleur à distance au niveau des articulations *coxo-fémorale* et *sacro-iliaque*. Pour la première exploration, servez-vous du fémur comme moyen de transmission, soit en percutant le grand trochanter avec le talon de la main, soit en refoulant en haut la cuisse par la main appliquée sur le genou fléchi, soit en passant sur le talon empaumé de la main droite, la main gauche fixant le genou en extension; dans le second cas, vous comprimerez les deux crêtes iliaques avec les mains, comme pour les rapprocher, ou vous vous efforcerez de les écarter, ou bien, faisant asseoir le malade sur un plan résistant, vous lui ordonnez de se soulever puis de retomber brusquement sur son séant.

Pratiquez maintenant le *toucher rectal*. Faites coucher le sujet sur le côté et explorez avec l'index gauche pour la hanche gauche et l'index droit pour la hanche droite. Portez tout d'abord la pulpe de l'index en haut et en dehors, sur la face interne de l'os iliaque, au niveau de la surface rétro-cotyloïdienne; vous en explorez la sensibilité, la forme, la consistance. Vous agissez de même en arrière, au niveau de la face antérieure de l'articulation sacro-iliaque. Suspçonnez-vous une collection intra-pelvienne, l'exploration bimanuelle y décelera la fluctuation et vous en donnera les limites.

III.—Examen fonctionnel.

Abordez maintenant l'examen du fonctionnement de l'article.

a) Et tout d'abord des *mouvements actifs*. Ordonnez au malade de fléchir la cuisse, de l'étendre, de la porter en dedans et en dehors, de placer la pointe du pied en rotation interne et externe. Notez le degré d'impotence et la douleur provoquée.

Faites alors lever le sujet si son état le permet, et procédez à l'étude de la *marche*. Précisez le type de la locomotion en analysant les modifications qui se produisent au tronc, au bassin et au membre inférieur. L'oscillation de celui-ci se fait-elle avec raideur? Y a-t-il croisement du genou avec celui du côté opposé? Le pied reste-t-il dans un plan parallèle à l'appui et à l'oscillation? Se pose-t-il par le talon ou par la pointe?

Appréciez aussi par l'oreille le caractère du pas. Faites marcher le malade sur le plancher. Normalement, les deux pas produisent un bruit de durée et d'intensité égales. Si, au contraire, un membre appuie à peine sur le sol, l'oreille perçoit alternativement un bruit faible et un bruit fort. Ce dernier correspond au choc du pied sain (signe du maquignon).

Si vous examinez un bébé qui ne marche pas, suspendez-le par les aisselles et faites-lui chatouiller la plante des pieds; l'enfant bien portant agite également les deux membres inférieurs. S'il y a lésion de la hanche, ou bien les deux membres sont agités, mais d'une façon inégale, ou bien l'un d'eux pend immobile complètement inerte.

b) Pour terminer votre examen, il vous reste à étudier les *mouvements passifs*.

1o Glissez la main gauche sous les lombes entre la colonne vertébrale et la table et, saisissant de la main droite la jambe au dessous du genou, faites exécuter au membre inférieur des mouvements de *flexion* et d'*extension*, en laissant fléchir le genou. Exécutez la manœuvre d'abord sur le membre sain, puis sur le membre malade. A l'état normal, le bassin n'est pas entraîné dans les mouvements de la cuisse, et la main qui est sous les lombes ne se trouve à aucun moment comprimée. Notez donc si la flexion de la cuisse amène la compression de la main interposée et si l'extension du membre entraîne, au contraire, le bassin en avant, produisant une ensellure lombaire plus ou moins prononcée.

2o. Les membres inférieurs étant étendus, fixez d'une main l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade, et faites exécuter de l'autre des mouvements d'*abduction*, d'*adduction* et de *circumduction* à la jambe gauche; puis, fixant inversement l'épine iliaque antéro-supérieure du côté sain, faites exécuter les mêmes mouvements à la jambe malade. A l'état normal, tous ces mouvements s'exécutent avec souplesse et sans entraîner le bassin. S'il y a raideur, vous sentez le bassin s'élever ou s'abaisser sous la main qui fixe l'épine iliaque opposée au côté mobilisé.

3o Saisissez le pied dans la paume de la main et, le talon étant fixé, faites exécuter au membre étendu des mouvements de *rotation*, en portant la pointe du pied en dedans et en dehors. Ce mouvement, facile à exécuter dans l'état d'intégrité de la hanche, s'accompagne d'un déplacement appréciable des épines iliaques, toutes les fois que la jointure est immobilisée par la contracture musculaire ou par une ankylose.

in *Journal des Praticiens*...

Tétanos subaigu compliqué de broncho-pneumonie : traitement sérothérapique : guérison

M. L. Martin a communiqué récemment à la *Société médicale des hôpitaux* l'observation d'un enfant de 8 ans qui, s'étant blessé avec un râteau, présenta neuf jours plus tard du trismus. On fit immédiatement des injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum antitétanique à très haute dose. La contracture ne se dissémina pas, mais, les injections étant suspendues, on vit alors les contractures envahir d'autres muscles. Les injections furent reprises, les contractures progressèrent encore, puis s'arrêtèrent. L'enfant n'eut pas de crises. Il s'agit donc là d'un tétanos subaigu dont l'évolution a été manifestement et très favorablement influencée par la sérothérapie. Au dix-septième jour de la maladie, on vit apparaître des signes de bronchite généralisée et de bronchopneumonie. On donna des bains sinapisés et le malade guérit malgré une nouvelle poussée de bronchopneumonie.

Thérapeutique Médicale

Traitement des méningites aiguës syphilitiques

Depuis que l'attention est attirée sur les méningites aiguës syphilitiques, on est frappé du grand nombre d'observations publiées. Il est probable qu'avant la pratique de la ponction lombaire, ces méningites étaient confondues avec les réactions méningées d'ordre fonctionnel auxquelles on réservait le nom de méningisme.

Les nombreuses observations publiées nous permettent d'envisager le traitement de ces méningites; un travail récent de André Moignet (1909, Jouve, Paris) va nous guider dans cette étude.

Traitement prophylactique.—Ce ne sont pas des syphilis méconnues et non traitées qui se compliquent de méningite aiguë, mais bien des syphilis déjà soignées. Une malade de Oettinger et Hamel (*Gaz. des hôpitaux*, 29 avril 1909) absorbait depuis un an des pilules, si bien qu'elle présentait, lors de son entrée à l'hôpital, une stomatite mercurielle. Gilbert Ballet et Barbé (*Revue de neurologie*, 15 avril 1909) avaient injecté à leur malade du biiodure et du benzoate. Debove et Castaigne voient survenir une méningite aiguë chez un malade auquel on finissait une série de frictions.

Cette insuffisance du traitement prophylactique ferait croire qu'il s'agit toujours de syphilis à évolution grave. Il n'en est rien. Souvent, la syphilis présente une évolution normale, parfois même elle reste ignorée des malades, à tel point que c'est une exostose spécifique qui dirige Laubry et Giroux (*Trib. médicale*, 1907) sur la voie du diagnostic.

Traitement curatif. Au premier rang des méthodes de traitement, il faut ranger, à cause de son influence rapide, la *ponction lombaire*. En diminuant l'hypertension rachidienne, la ponction lombaire soulage avant tout les symptômes fonctionnels et particulièrement la céphalée. C'est un fait observé en particulier par MM. Oettinger et Hamel. En aucun cas la ponction n'a déterminé l'apparition du moindre accident. Elle constitue une intervention nécessaire autant comme moyen d'investigation qui permet l'observation suivie des modifications du liquide céphalo-rachidien, que comme moyen de thérapeutique active.

Comme traitement général, on a employé dans ces méningites syphilitiques tous les modes d'administration du mercure et de l'iodure. MM. Pic et Regaud se trouvent bien des frictions mercurielles; MM. Vidal et Le Sourd, Boidin et Weill ont recours aux injections intra-musculaires de biiodure, MM. Hayem et Bensaude aux injections de benzoate et MM. Oettinger et Hamel aux injections de calomel. D'après M. Moignet, le calomel doit être réservé aux processus méningés qui manifestent une tendance à la localisation et se montre moins actif dans les processus diffus. La médication à l'iodure à haute dose a été associée

au traitement mercuriel sans résultats appréciables, elle se montre inefficace et totalement insuffisante.

M. Moignet associe au traitement général un traitement local sur lequel il insiste. C'est à MM. Claude et Lhermitte que revient l'honneur d'avoir les premiers injecté le mercure dans le liquide céphalo-rachidien. La méthode a été adoptée avec succès par plusieurs auteurs. Cette thérapeutique locale cherche à agir directement sur les centres nerveux infectés par le tréponème. Le tréponème est en effet la cause de ces accidents, puis que Gaucher et Pierre Merle (*Acad. des Sc.*, 29 mars 1909) ont mis ce micro-organisme en évidence dans le liquide céphalo-rachidien. Pour agir sur l'élément pathogène, le mercure constitue le médicament de choix. On emploiera le mercure sous sa forme colloïdale en solution isotonique.

La technique de l'intervention est simple: on pratique une ponction lombaire: évacuer une quantité de liquide d'autant plus considérable que plus grande est l'hypertension. Quand le liquide ne s'écoule plus que goutte à goutte, injecter l'agent médicamenteux sous la forme d'une solution de mercure colloïdal préparé à la Sorbonne (Claisse et Joltrain) à la dose de 5 centimètres cubes, sans que la teneur en mercure soit précisée.

Il faut être prévenu de la possibilité de certains accidents impressionnants après l'injection: vomissements, douleurs dans la région du sacrum, irradiation dans le domaine des nerfs sacrés, céphalée, pouls rapide, température à 39 degrés, rétention d'urine absolue durant parfois quarante-huit heures. Cette aggravation n'est que passagère.

Au bout de quelques heures, les phénomènes s'amendent et l'état général s'améliore rapidement.

Dans les deux cas où il a été employé, le mercure colloïdal a donné en injection rachidienne les meilleurs résultats dans les méningites aiguës syphilitiques. Les autres métaux colloïdaux n'ont pas été employés dans la méningite aiguë syphilitique, sauf cependant l'argent colloïdal (Mosny et Pinard), avec deux bons résultats dans les localisations chroniques de la syphilis sur le névraxe.

En présence des heureux effets de la médication rachidienne par le mercure colloïdal, ce mode de traitement doit constituer la base de la thérapeutique d'urgence au moment de la violente réaction méningée qui caractérise souvent le début de la méningite syphilitique aiguë.

in Journal des Practiciens...



Notes Editoriales

A la profession Médicale

L'Association Médicale Canadienne
et son Journal.*Mémoire du Comité des Finances de l'Association Médicale
Canadienne.*

Toronto, Oct. 1, 1909.

Mon cher Collègue,

Nos lecteurs liront ailleurs le mémoire intéressant qui émane du Comité des Finances de l'Association.

Nous approuvons hautement cette proposition d'un journal où se rencontreront, se liront et se pourront apprécier les esprits dirigeants de la profession par tout le Canada, Nous disons les esprits dirigeants et par là nous entendons ceux qui lisent! En effet, un médecin qui suit les progrès de l'art médical par les journaux de sa spécialité, est un homme qui prend par là même part au progrès et il devient dans son milieu un des esprits dirigeants.

Nous savons parfaitement que nos lecteurs suivent assidument les progrès professionnels de préférence dans les publications françaises. La valeur des journaux de médecine de la France et de la Belgique est si haute, qu'elle ne le cède à celle d'aucun autre pays et que nous allons ainsi à la meilleure source pour nous inspirer, — bien qu'il y en ait d'autres également bonnes.

Aussi, la réponse de la profession médicale canadienne de langue française à l'invitation qui lui est faite ne fut-elle pas aussi éloquente et générale qu'on le désirerait, qu'il n'y aurait pas lieu d'en être très surpris. Pour juger au point, il faudrait savoir combien de nos collègues de langue anglaise lisent les journaux médicaux de France. Nous sommes absolument certain que la comparaison n'est pas à notre avantage.

Bien que le français nous soit plus facile, — ce qui n'est que naturel, — et que nous lisions régulièrement les publications médicales françaises, l'anglais nous est encore assez familier pour que nous sachions apprécier les journaux de langue anglaise, dont la teneur est hautement intéressante.

Aussi, ne pouvons-nous trop encourager nos amis et lecteurs à prendre part à ce grand mouvement de rapprochements de la profession canadienne. Nous retirerons cet avantage non seulement de la lecture du journal de l'Association, qui marquera le mouvement médical en indiquant ce qui est plus particulièrement canadien, mais aussi de l'occasion qui nous sera fournie de nous rencontrer en congrès chaque année. La réunion d'Ottawa, l'an dernier et celle de Winnipeg cet été, ont été fort intéressantes et agréables. Nous savons par expérience qu'il en sera de même à Toronto, où se réunira l'an prochain l'Association. Nous apprendrons — ceux qui ne le savent déjà — à apprécier la courtoisie de nos collègues des autres provinces — et ils nous entrevoieront peut-être sous un jour différent de celui qu'ils imaginent.

Donc, ne manquons pas de joindre le mouvement — et honorons la traite lorsqu'elle nous sera présentée.

Nous avons trouvé à propos d'attirer l'attention de la Profession par tout le Canada sur la proposition d'établir un Journal Médical, qui serait l'organe officiel de l'Association, et à cette intention nous soumettons à votre sérieuse considération les faits qui suivent.

À la réunion tenue à Montréal en 1907, l'Ass. Méd. Can. adopta définitivement une constitution avec règlements, et l'on décida qu'il convenait que notre Association, à l'instar de la British Med. Ass. de l'American Med. Ass. et d'autres associations identiques, possédât un journal qui serait en quelque sorte le porte-parole de la profession par toute la Puissance.

D'après la constitution, c'est au Comité des Finances qu'incombe la responsabilité entière de fonder et conduire le journal.

Bien des difficultés se présentèrent lorsque votre Comité se mit à étudier la question. Ainsi, tandis que chez nos voisins américains il existe 80,000 praticiens dans les rangs desquels l'association peut recruter ses membres, et qu'en Angleterre The British Med. Ass. publie son journal hebdomadaire de 20,000 à 22,000 exemplaires, nous avons par contre au Canada à peine 6,000 praticiens. Encore ceux-ci sont-ils disséminés sur une étendue de territoire telle que leur assistance aux réunions annuelles ne pourra jamais être régulière.

D'après ses pouvoirs le Comité des Finances fit passer un acte d'incorporation par le Parlement fédéral conférant à l'association entr'autres pouvoirs celui de publier un journal.

Voici le plan adopté et proposé par le Comité des Finances.

A. Augmenter à \$5 la souscription annuelle à l'association.

B. Que les membres soient acceptés en permanence et que comme tels leurs honoraires de membres soient dus régulièrement chaque année, qu'ils assistent ou non aux réunions de l'association.

C. En retour de cette contribution annuelle, donner à chaque membre:

1o. Un journal mensuel.

2o. Un certificat de membre de l'Ass. Méd. Canadienne.

3o. Un certificat de membre de l'Ass. Méd. Provinciale, spéciale à son lieu de résidence.

En vue du mouvement lancé par les quatre provinces de l'Ouest pour l'établissement d'un Bureau Commun pour la licence et en vue de la majorité évidente en faveur du Bill Roddick à la réunion de l'association à Winnipeg l'été der-

nier, le temps semble venu du consensus général de la profession que l'Association aie un journal officiel.

La profession canadienne ne partage pas moins que le reste de la population le désir de travailler à stimuler le sentiment national dans cette partie de l'empire. L'Ass. Méd. Can., en fondant son journal veillera à éviter toute ingérence dans les affaires des autres journaux ayant déjà à leur crédit des services sérieux.

Le Comité des Finances désire vivement que les confrères canadiens de langue française réalisent et sentent vraiment que l'Ass. Méd. Can. tout comme son journal existent dans leur intérêt tout également et à cet effet il est proposé qu'il y ait dans la plupart sinon dans chacune des éditions du journal un ou plusieurs articles en français. Jusqu'à quel point nous continuerons et développerons ce côté particulier du journal dépendra naturellement du degré d'encouragement et de support que le journal recevra de la part des collègues canadiens de langue française.

La cotisation annuelle est de \$5 pour l'année fiscale, de janvier à janvier. D'ici à janvier 1910 votre Comité espère avoir publié et adressé un ou deux numéros de son journal à tous les praticiens du pays, et suivant l'usage adopté par la British Med. Ass. il fera traite sur vous *apies*. Dans le cas où vous n'honorerez pas la traite, nous en concluons que vous ne désirez pas faire partie de l'association ni recevoir le journal. Nous avons adopté ce système très simple et pratique afin de vous éviter l'ennui d'avoir à correspondre.

Pour le Comité des Finances,

Le Président,

J. I. FORTERINGHAM, M.D.

Thérapeutique Médicale

Par MM. Huchard et Piessinger

La thérapeutique en vingt médicaments

Le sous-nitrate de bismuth

La thérapeutique gastrique, il y a une vingtaine d'années, avait subi un terrible recul. Recul n'est même pas le mot propre, puisque la pratique de l'antiseptie stomacale par les naphthols et autres drogues similaires nous avait fait rebrousser chemin bien au-delà des premiers balbutiements de la médecine préhistorique. L'homme de l'âge de pierre buvait du lait ou des tisanes d'herbes, quand il découvrit l'art d'allumer du feu. Sous prétexte de combattre des fermentations putrides, il ignorait la manière scientifique et rationnelle de se détruire l'estomac. Les succès

dans l'art de guérir nous réservent de temps à autre une de ces surprises, des catastrophes thérapeutiques célébrées comme le dernier cri du progrès.

Les travaux des Prs Hayem, A. Robin, nous ont ramenés sur la bonne voie. Il était vraiment temps. Le sous-nitrate de bismuth, d'abord exclusivement dirigé contre les accidents intestinaux et les diarrhées, fut prescrit dans les maladies de l'estomac. Il devint, avec raison, le médicament de la douleur gastrique.

Vis à vis des accidents diarrhéiques, tout en gardant sa place dans le traitement, il se voit mis sur un pied d'égalité avec d'autres remèdes tout aussi efficaces. Ajoutons son emploi, à titre externe, dans les prurits, coryzas, plaies, et nous aurons tracé le cadre où le sous-nitrate de bismuth enferme ses propriétés thérapeutiques.

Jo Maladies de l'estomac. Bien que M. Hayem estime que le sous-nitrate de bismuth convienne dans toutes les affections de l'estomac, aussi bien chez les hypopeptiques et les apeptiques que chez les hyperpeptiques, c'est surtout chez ces derniers malades, c'est-à-dire les hyperchlorhydriques dans la terminologie courante, que le remède trouve son emploi. Avec l'hyperchlorhydrie, l'ulcère de l'estomac est la grande indication. Le remède a été également conseillé dans les gastralgies simples, les gastrorrhagies, les fermentations stomacales, les vomissements et particulièrement les vomissements des tuberculeux. Le bismuth, étalé sur la muqueuse stomacale, en calme l'excitabilité, la couvre d'une couche protectrice, non pas seulement de poudre, mais aussi de mucus sécrété, favorise la réparation des érosions existantes.

Dans l'hyperchlorhydrie et dans l'ulcère de l'estomac, le sous-nitrate de bismuth exerce des effets en général immédiats. Les douleurs sont calmées, à condition d'être combattues par des doses suffisantes, 15 à 20 grammes le matin à jeun. Le médicament est pris en une seule fois, en suspension dans un verre d'eau chaude. Puis le malade se couche dans différentes positions, de manière à mettre en contact avec le remède les divers points de la muqueuse stomacale — dix minutes sur le dos, dix minutes sur le côté droit, dix minutes sur le côté gauche, dix minutes sur le ventre. Premier repas: une heure après. — Ce repas ne consistera qu'en du lait: 8 à 10 jours de régime lacté exclusif dans l'hyperchlorhydrie sans ulcère, trois semaines et au-delà dans l'ulcère. Repos au lit en même temps. L'examen des garde-robes (réaction à la benzidine) en montrant la trace d'hémorrhagies occultes fera prolonger le régime lacté plus ou moins longtemps.

Le bismuth sera ordonné quinze à vingt jours de suite. Dans les ulcères de l'estomac, nous le faisons reprendre dix jours par mois, plusieurs mois de suite.

Parfois, les douleurs persistent. Au bout de 10 à 12 jours, le médecin abandonnera alors le bismuth pour recourir aux paquets de saturation du Pr A. Robin.

Magnésie hydratée, 1 gr. 25.

Craie préparée, 1 gramme.

Bicarbonat de soude, 1 gramme.

Sous-nitrate de bismuth, 0 gr. 60.

Codéine, 0 gr. 005.

P. 1 paquet. — Un paquet à 10 heures et 1 heures, dans un peu d'eau. Augmenter le nombre si nécessaire.

Lorsque les malades sont constipés avec le bi-muth — ce qui n'arrive pas toujours, car les hautes doses régularisent souvent les garde-robes, ils pourront remplacer le bismuth par ces paquets de saturation. Dans les douleurs très vives de l'ulcère, il nous est arrivé maintes fois de prescrire les paquets dans le jour, le bismuth étant ingéré le matin.

Les *gastralgies* nerveuses par simple hyperesthésie de la muqueuse se trouvent souvent moins bien du remède. Les malades l'ingèrent parfois difficilement; les paquets de saturation sont plus aisés à avaler. Sur un tel malade, le régime lacté ne soulage guère. C'est le psychisme du sujet qu'il convient de corriger et d'adapter aux conditions du milieu. L'hydrothérapie, les vésicatoires volants au creux épigastrique rendront souvent des services. En présence de douleurs vives au creux de l'estomac, accompagnées ou non d'hypersecretion, voire de fermentations, que les médecins songent toujours aux *crises gastriques du labes*. Nous avons vu deux malades auxquels une opération (gastro-entérostomie) avait été conseillée pour l'intensité de leurs crises. L'un d'eux a guéri par les injections mercurielles, l'autre par la persévérance et l'affirmation dans l'efficacité du régime.

Si les *gastralgies* simples s'accoutument mieux d'— paquets de saturation, les *dyspepsies par fermentation* se manifestent par des réactions analogues. Le bismuth réussit, les paquets de saturation également; toutefois, ces dyspepsies par fermentation s'observent parfois dans les sténoses pyloriques. En pareil cas, attention: des intoxications pourraient se produire, comme nous le verrons plus loin. En cas de doute, les paquets de saturation sont supérieurs au bismuth. N'oublions pas de supprimer le lait aux malades qui se plaignent de renvois avec aigreur, signature objective des fermentations qui s'opèrent dans leur estomac. Le régime des pâtes, des purées, voire des viandes tendres et grillées, des infusions aromatiques chaudes (menthe, tilleul, camomille) est celui qui convient le mieux.

Dans les *gastrorrhagies*, en dépit du conseil de M. Ruault, il nous semble préférable de ne pas prescrire le bismuth en cas d'hémorragie abondante. Le repos absolu, la glace au creux épigastrique, la suppression immédiate et absolue de toute boisson ou aliment, voilà l'indication d'urgence. Une injection hypodermique de sérum gélatiné (50 centimètres cubes à 2 pour cent) voire de chlorhydrate d'hydrastinine (0 gr. 05) seront pratiquées si l'hématémèse est abondante. Le bismuth ne nous semble requis qu'au bout de deux à trois jours, quand il ne persiste plus qu'un saignement insignifiant. A ce moment, déposé en couche sur la plaie saignante, il favorise réellement la cicatrisation.

Les vomissements nécessitent, en général, le repos de l'estomac et l'abstention médicamenteuse par voie stomacale. Néanmoins, les *vomissements des tuberculeux* ont paru parfois se bien trouver de la médication. M. Lion qui s'est érigé le promoteur de cette méthode, recommande la dose

de 20 grammes prise en une fois le matin, ou répartie en 3 ou 4 doses dans le jour.

Sous l'effet de la médication, les pesanteurs, les douleurs, les aigreurs sont rapidement amendées; mais l'anorexie n'est point modifiée.

20 *Maladies de l'intestin*. — Le bismuth garde sa place d'honneur dans le traitement des *diarrhées infectieuses*. Les formes légères ou aphyriques s'en trouveront bien tout de suite; seulement, on se gardera bien d'y avoir recours dans les cas fébriles et graves. Le traitement hydrique, les boissons ébéliques seront seules autorisées les premiers jours. Une fois que la fièvre est tombée, si les garde-robes restent trop abondantes et trop liquides, le bismuth trouvera son emploi. De petites doses suffiront (4 à 5 grammes espacés dans les vingt-quatre heures) associées, en cas de douleurs, au laudanum (V à X gouttes), ou à l'élixir parégorique (une cuillerée à café).

Le bismuth se prescrit aux enfants à raison de 0 gr. 50 par année d'âge; dans les affections intestinales, il exerce une action astringente et antiseptique, absorbe les gaz intestinaux, fixe l'acide sulfhydrique des gaz putrides, se transforme en sulfure noir de bismuth, en même temps qu'il provoque une augmentation de la sécrétion du mucus alcalin. Certains auteurs estiment que ces effets sont mieux obtenus avec un composé spécial de bismuth et d'albumine qu'on appelle bismuthose. Dans les catarrhes gastro-intestinaux des nourrissons, on peut prescrire:

Bismuthose, 15 grammes.

Mucilage de gomme arabique, 15 grammes.

Eau stérilisée, q. s. p. 100 gr.

1 à 2 cuillerées à café par heure. (Witthauer et Elsner.)

La diarrhée des *dysenteries* rentre dans le groupe des diarrhées aiguës contre lesquelles le bismuth est dangereux. Des médecins ont proposé de hautes doses: 30 à 70 grammes. Nous n'oserions y recourir, des accidents toxiques pouvant se produire. Du reste, la médication par le sérum antidysentérique rend toutes ces pratiques inutiles.

La diarrhée du début de la *fièvre typhoïde* est combattue par un léger laxatif salin; au cours de la maladie, la diarrhée étant provoquée par des ulcérations intestinales, on recourra au bismuth, si le chiffre des garde-robes dépasse 4 ou 5 dans les vingt-quatre heures. Seulement, on veillera à ce que ce chiffre de garde-robes soit maintenu, rien ne pouvant devenir plus grave que la suppression des évacuations alvines.

Lorsque la diarrhée s'accompagne de vomissements acides, M. le Pr A. Robin associe la magnésie au bismuth:

Hydrate de magnésie, 4 grammes.

Sous-nitrate de bismuth, 4 grammes.

Sir y diacode, 30 grammes.

Eau, 120 grammes.

Par cuillerées à potage toutes les 2 heures.

Dans d'autres diarrhées, telles que celles des tuberculeux, diarrhées urémiques, etc., d'autres médications sont supérieures au bismuth. Nous en avons parlé ailleurs.

Fait bizarre: le bismuth, si universellement adopté

contre les diarrhées, est susceptible de combattre la *constipation*. Il suffit de l'ordonner à hautes doses (20 grammes à jeun). M. Hayem, qui conseille cette méthode dans la constipation ancienne, recommande préalablement de vider l'intestin à l'aide de grands lavages d'eau salée chaude (25 à 30 grammes de sel par litre).

Personnellement, nous avons n'avoir retiré aucun avantage de cette méthode. Le bismuth à hautes doses ne constipe pas toujours. C'est tout ce que notre expérience nous permet de conclure. Aussi n'oserions-nous recommander ce traitement contre la constipation habituelle.

Nous l'avons tenté sans succès contre la constipation de l'entérite muco-membraneuse; la belladone, l'huile de ricin, les lavements d'huile d'olive chaude, 50 à 100 gr. le soir et gardés la nuit, sont autrement efficaces.

3o *Usage externe*. — Aucun inconvénient ne signale l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le *coryza*, sous forme de poudre à priser :

Sous-nitrate de bismuth, 5 grammes.

Poudre de café torréfié, 10 grammes.

Menthol, 0 gr. 10.

Us. ext.

Ou encore dans les *prurits* :

Sous-nitrate de bismuth, 10 grammes.

Poudre de talc, 40 grammes.

Us. ext. Pour poudrer.

Dès qu'il s'agit de surfaces suintantes étendues, il faut se montrer circonspect. Des *accidents toxiques* sont à craindre. On a même signalé des cas de mort. Halme traitait une femme atteinte de brûlures étendues par une pommade au bismuth à 10 pour cent; l'application était renouvelée matin et soir. La femme ressentit bientôt un mauvais goût dans la bouche; un liseré noirâtre envahit ses gencives, des taches noires se montrèrent sur la langue. De la diarrhée, de la fièvre et de l'albuminurie précédèrent la mort, qui ne tarda pas.

A remarquer que les empoisonnements ont fréquemment suivi le pansement des brûlures. L'apparition d'un liseré gingival noirâtre annonce les premiers signes de l'intoxication, qui peut demeurer bénigne; à un degré plus accusé, une stomatite se montre avec plaques noires sur la muqueuse buccale. Lorsque ces plaques s'ulcèrent, des phénomènes généraux apparaissent: hoquet, fièvre, diarrhée, albuminurie, et une haute gravité assombrit le pronostic.

Même ingéré par voie stomacale, le sous-nitrate de bismuth a provoqué des désordres graves. Toutefois c'est moins à titre thérapeutique que comme agent permettant après son ingestion l'exploration radioscopique du tube gastro-intestinal, que les accidents ont été relatés. MM. Bensaude et Agasse-Lafor ont fait prendre 30 gr., puis 45 gr. à une femme de 20 ans atteinte de sténose intestinale, qui devait se faire radioscoper. De l'angoisse, des convulsions survinrent qui mirent les jours en danger. Il y eut de l'hypothermie et de la cyanose. Finalement, la guérison se produisit.

Ces doses de 30 à 45 gr. nécessaires pour la radiologie, sont dangereuses. Les doses de 15 à 20 gr. ne réservent point pareils déboires. M. Hayem a prescrit le

remède à un millier de malades sans le moindre accident. Nous-mêmes l'avons ordonné plusieurs centaines de fois à ces doses de 15 à 20 gr. Les malades n'ont jamais accusé le moindre signe toxique. Il convient sans doute d'être prudent dans les cas de sténose qui, en retenant le médicament, empêchent son évacuation et transforment le nitrate insoluble en nitrite toxique. Mais nous avons vu que les sténoses ne réclament guère le traitement par le sous-nitrate de bismuth. Pratiquement, l'hypochlorhydrie et l'ulcère demeurent les indications de choix. Dans ces maladies les intoxications n'apparaissent pas.

Les radiologistes également, devront se souvenir des intoxications possibles. Mais l'emploi du bismuth ne répond pas chez eux à la nécessité d'un usage thérapeutique. MM. Bensaude et Agasse-Lafor conseillent, en plus, de n'administrer le remède ni aux nourrissons ni par voie rectale. Pour éviter les accidents, des substitutions ont été proposées. Boehme vante l'oxyde hydraté de bismuth, qui ne se transforme pas en nitrite; M. Aport opine pour le sous-gallate de bismuth; M. Barié recommande la poudre de talc ou la craie préparée.

Nous préférons le sous-nitrate de bismuth. A hautes doses, il constipe moins que ces dernières préparations, et toutes précautions prises en vue de restreindre son usage aux applications convenues, aucun risque n'est à redouter.

in *Jnal. des Praticiens*.

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU 5 OCTOBRE 1909

Présidence de M. le Dr St-Jacques

Membres présents: MM. les Drs E. P. Benoit, Bourgeois, Latreille, Leduc, Derome, Marion, Larauée, Hervieux, Boucher, Asselin, Malouf, J. N. Roy, Dion, Ethier, Décarie, Nutter, St-Denis, Eug. Gagnon, St-Pierre, Racicot, Bourgoin, de Cotret, Robichon, Bousquet, Hingson, Bernard, Lanoie, Panneton, St-Jacques, Verner.

Correspondance. — Après lecture et adoption de son rapport, le secrétaire fait part à l'assemblée d'une offre de M. J. A. Dumas, qui s'engage à photographier tous les membres de la Société si le Comité veut bien les diriger vers son atelier. L'initiative de la réponse à donner est laissée au Comité de Régie.

À une autre invitation qui lui est faite de s'affilier à la Fédération Catholique des sociétés acadiennes et canadiennes-françaises, la Société Médicale préfère répondre négativement pour des raisons d'ordre intime.

M. le Dr St-Jacques exprime aussi un voeu de M. le curé Lepailleur, qui dans sa campagne en faveur de l'hy-

giène, regrettant de n'avoir pas à sa disposition un opuscule guide, sur les soins à donner aux enfants, désire connaître les suggestions de la Société sur les moyens à prendre pour combler cette lacune. Séance tenante, MM. E. P. Benoit, Valin, Boucher, R. Masson et Leduc sont chargés d'étudier la question et de faire rapport.

Avis de motions :

1o. MM. J. E. Lesage, Vital Cléroux, Art. Robichon et A. Millier demandent régulièrement leur admission dans la Société et seront ballottés à la séance prochaine.

2o. La motion suivante, proposée par M. le Dr S. Boucher, et secondé par M. le Dr H. Hervieux, les règlements étant suspendus, est adoptée à l'unanimité et adressée au gouvernement provincial :

La Société Médicale de Montréal, dans sa séance du 5 Octobre 1909, tenue dans les salles de l'Université Laval à Montréal.

Considérant le fait qu'il n'existe pas dans la province de Québec de médecins légistes experts près les tribunaux, c'est-à-dire des médecins dont la fonction spéciale soit d'éclairer la justice dans les cas souvent si complexes ou la loi vient en contact avec la médecine.

Considérant qu'il n'existe pas de laboratoires spéciaux aménagés aux fins de toute analyse médico-légale, qui peut être jugée nécessaire.

Considérant que ces analyses sont actuellement confiées à des personnes extra-médicales et par conséquent non revêtues de la compétence voulue pour en tirer des conclusions absolument inattaquables.

Considérant que la société en général, et les médecins en particulier, sont chaque jour exposés à être la victime d'une erreur judiciaire grave, grâce à cette lacune de notre organisation médico-légale.

Considérant que les médecins non légistes, qui par hasard, sont appelés à remplir les fonctions d'experts sont d'après leurs dires souvent fort embarrassés pour les accomplir, parce qu'ils ne se sentent pas préparés.

Considérant que tous les médecins de cette province, soit en particulier, soit en Comités ont tour à tour exprimé une opinion identique à la nôtre :

La Société Médicale, dis-je, à l'unanimité, demande respectueusement aux autorités administratives de vouloir bien prendre en considération et acquiescer; si possible, aux vœux qu'elle forme, à savoir :

1o. Que des médecins légistes soient nommés par le gouvernement comme experts devant les tribunaux.

2o. Qu'il soit créé des laboratoires où les expertises pourront être faites avec tout le soin qu'exige l'importance de la matière.

Radiographies. — M. le Dr St-Jacques présente trois radiographies très intéressantes, l'une d'ostéo-périostite tuberculeuse du tibia, montrant bien la diffusion des lésions, les deux autres d'ostéo-péristote du carpe, montrant l'in-

fection à deux stades différents, en même temps que l'intensité des lésions.

Le procès de l'aphasie. — La séance se termine par le procès de l'aphasie, où M. le Prof. E. P. Benoit, dans un exposé très limpide, a su mettre au point la grande controverse entre Pierre Marie et Paul Broca. Rappelant d'abord les premières théories de Galle et de Fouillaud, il arrive bientôt à celle de Broca, qui en 1863 devait localiser le centre de la parole articulée, au pied de la 3ème circonvolution frontale gauche, et faire admettre universellement sa conception durant 40 ans. Mais voici qu'en 1906, un article retentissant de Pierre Marie vient ébranler la déjà vieille doctrine; 50 pour cent des aphasiques de Bicêtre, déclare-t-il alors ne présentent pas de lésions, au centre de Broca. C'est le moment où Déjerine entre en scène comme défenseur des notions classiques, et dès lors le problème apparaît sous un nouveau jour, que le Dr Benoit nous dégage de l'obscurité, à la lumière d'un volumineux dossier anatomo-pathologique et clinique. Le Dr Moutier, continue-t-il, a dans un fort volume réuni tous les documents de la cause, et la conclusion qui en découle, c'est que l'aphasie motrice peut exister avec une 3ème frontale saine, comme d'ailleurs une lésion d'icelle peut évoluer sans trouble du langage. Moutier sur 101 cas d'aphasie autopsiés et utilisables, en trouve 19 favorables à l'opinion de Broca et 84 défavorables.

Par ailleurs l'intensité des symptômes aphasiques n'est pas toujours en rapport avec l'étendue des lésions, et les variations dans la distribution des branches de l'artère sylvienne, expliquent d'un malade à l'autre ces variantes symptomatiques.

Enfin Pierre Marie place dans la zone lenticulaire le centre de la coordination du langage; il donne au territoire de l'aphasie, la forme d'un quadrilatère, dans les limites duquel se trouvent la zone de Wernicke, le pli courbe, l'insula, la capsule externe, le noyau lenticulaire, etc.

Voilà une doctrine nouvelle, ajoute le Dr Benoit, qui ne peut laisser indifférents les médecins et qui, si elle n'est pas définitive, aura du moins fortament ébranlé la réputation de la 3ème circonvolution frontale.

En fin de séance, des projections à la lanterne vinrent illustrer sur l'écran ce déjà lumineux procès de l'aphasie, et à 11 hrs. les membres se retirèrent, très satisfaits de leur soirée.

LUDOVIC VERNER, M.D.



NOTES THÉRAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

Il existe plusieurs variétés physiologiques d'insomnie; leur traitement varie avec la cause qui les détermine.

Insomnie simple, absence de sommeil, due à des causes banales, difficiles à préciser:

Prendre le soir, avant le dîner, un bain de tilleul (500 grammes), d'une durée de trois quarts d'heure, à 36 degrés. Repas léger, sans vin, ni bière, ni café. Se coucher trois heures après ce repas et prendre alors, dans une tasse d'infusion de tilleul chaude une cuillerée à soupe de:

Bromure de potassium, 5 grammes.

Eau de laurier-cerise, 10 grammes.

Hydrate de chloral, 10 grammes.

Sirop de lactucarium, 20 grammes.

Eau de laitue, 120 grammes.

ou un cachet de:

Bicarbonate de soude, 0 gr. 25 centigr.

Sulfonal, 0 gr. 75 centigr.

ou de:

Chloralose, 0 gr. 20 centigr.

Prendre un second cachet, s'il le faut, deux heures après. Le chloralose peut être donné sans inconvénient dans le cours des maladies du cœur.

Quand l'insomnie s'accompagne d'anxiété et d'agitation, donner l'héroïne:

Chlorhydrate d'héroïne, 0 gr. 003 milligr.

Eau de laurier-cerise, 10 gr.

Eau de tilleul, 50 gr.

1 cuill. à soupe d'heure en heure.

Si on redoute l'accoutumance de l'héroïne, dérivé de l'opium, prescrire le paraldéhyde:

Paraldéhyde, 2 grammes.

Eau de laurier-cerise, 10 grammes.

Sirop de lactucarium, 30 grammes.

A prendre, en une ou deux fois, en se couchant.

Insomnie des dyspeptiques. — Due: 1^o Soit à des fermentations stomacales et à l'hyperchlorhydrie. Donner, au moment de se coucher, dans une infusion chaude, un cachet de:

Papaïne, 0 gr. 20 centigr.

Chloralose, 0 gr. 25 centigr.

Faire, à ce moment, une application de ouate trempée dans de l'eau chaude, sur l'estomac.

2^o Soit à l'hyperchlorhydrie; le réveil a lieu entre minuit et deux heures. Prendre, à ce moment, un œuf cru, ou un biscuit dans une tasse de fleurs d'orange, et un cachet de:

Poudre de belladone, 0 gr. 01 centigr.

Magnésie, 0 gr. 50 centigr.

Sulfonal, 0 gr. 50 centigr.

Faire chaque jour, un lavage de l'intestin.

Insomnie des cardiaques. — Due à la stase chez les mitraux et les aystoliques. Pour la prévenir, donner, à 8 heures du soir, un cachet de 0 gr. 25 de caféine, ou de 0 gr. 02 de sulfate de spartéine. Au coucher, prendre un cachet de:

Pyramidon, 0 gr. 20 centigr.

Valériate de quinine, 0 gr. 25 centigr.

Bromure de potassium, 0 gr. 40 centigr.

Insomnie due à l'anémie, chez les aortiques. — Donner de la morphine, ou bien des vaso-dilatateurs, tels que la trinitrine et l'iodure d'éthyle.

Insomnie des névropathes. — Essayer de les faire dormir sans médicaments. Donner le bain de tilleul avant le dîner. Au moment du coucher, application ouatée, immersion rapide dans un bain à 22 degrés.

S'il faut recourir aux médicaments, essayer le chloral, le sulfonal, mais jamais de bromure chez les neurasthéniques.

Essayer aussi les cachets de:

Véronal, 0 gr. 30 centigr.

ou ceux de:

Hypnal, 1 gramme.

Insomnie des convalescents, due à l'anémie et à l'auto-intoxication. Faire des lavages d'intestin. laxatifs fréquents, boissons abondantes. Le soir, une cuillerée à soupe de:

Hydrate de chloral, 10 grammes.

Eau de tilleul, 50 grammes.

Sirop de codéine, 50 grammes.

Sirop de groseilles, 50 grammes.

Alimenter suffisamment le malade.

Insomnie des enfants. Chercher la cause (suralimentation, constipation). S'il existe seulement du nervosisme, donner du bromure de potassium, 1 gramme de 2 à 6 ans. Ou encore de l'uréthane.

Uréthane, 0 gr. 50 centigr.

Eau de laitue, 25 grammes.

Sirop de fleurs d'orange, 25 grammes.

Insister sur les bains le soir et les lotions, le matin.

Si les fonctions digestives sont troublées, donner des laxatifs de temps en temps; faire un lavage d'intestin quotidien; diminuer l'alimentation et les fermentations. Repas léger le soir. Les enfants remuent beaucoup en dormant, transpirent et ont souvent une toux sèche nocturne, quand le tube digestif est en jeu.

Insomnie des vieillards. — Le vieillard dort, en général, peu; c'est physiologique.

L'insomnie complète peut tenir, chez lui, à la sclérose artérielle et à l'anémie cérébrale consécutive.

Ne jamais donner de bromure. Donner un peu d'iodure et de l'opium à petite dose.

Chlorhydrate de morphine, 0 gr. 05 centigr.

Iodure de potassium, 2 grammes.

Sirop d'éc. d'or. am., 150 grammes.

1 ou 2 cuill. à soupe.

(La Quinz. Thér.)

L'ATOXYL DANS LA SYPHILIS ET LA TUBERCULOSE

La voie sous-cutanée constitue le meilleur mode de pénétration de l'atoxyl dans l'organisme, à des doses variant de 0,10 à 0,50 gramme, dit Gaulejac, dans un récent numéro du *Bul. gén. de Thérapeutique*. L'auteur préfère celle de 0,20 gramme, injectée quotidiennement pendant des périodes de six jours séparées par des périodes de deux à six jours, suivant la malignité des cas de syphilis.

L'auteur applique en outre l'atoxyl, en solution aqueuse à 10 p. 100 ou avec de la lanoline au même taux, sur les ulcérations spécifiques. La cicatrisation est ainsi plus rapidement obtenue, bien qu'avec l'atoxyl seul on n'obtienne jamais de guérison des lésions, quelle que soit la période de l'affection. L'action thérapeutique s'exerce dans la période tertiaire, surtout sur l'anémie, les troubles gastriques, la faiblesse nerveuse, etc.

On ne se trouve donc pas en présence d'un médicament spécifique, mais l'association de ce composé arsenical avec le traitement mercuriel et ioduré, fait prévoir la possibilité d'une meilleure thérapeutique des lésions spécifiques.

En outre, l'atoxyl conserve son action sur la vérole associée à une autre maladie: on obtient ainsi la guérison d'une bacillose commençante chez un syphilitique, par exemple.

Dans la tuberculose neuro-pulmonaire, l'atoxyl a été injecté pendant six jours avec arrêt de même durée, dans l'épidymite tuberculeuse, l'injection fut intra ou périorganique, atteignant souvent la dose de 0,30 ou même 0,60 gramme tous les quatre ou cinq jours.

En cas de lésions pulmonaires ouvertes, on voit augmenter la congestion et l'expectoration, avec légère poussée de fièvre et l'état général ne s'améliore pas; on devra donc donner de petites doses, environ 0,10 gramme pendant longtemps.

En revanche, le succès est à peu près certain en cas de tuberculose fermée, si l'état général est encore bon (0,20 gr.). L'état général se relève, l'anémie, la faiblesse, etc., disparaissent en peu de temps. Parallèlement, les lésions locales se transforment, et au bout de deux à trois mois, l'examen des poumons corrobore l'amélioration que faisait prévoir la marche générale de l'affection.

L'action sur les organes dont la vitalité est augmentée prime donc nettement celle exercée sur le bacille de Koch; on comprend en conséquence que lorsqu'il s'agit de relever les forces organiques, quel que soit l'état pathologique en

jeu, on obtienne des succès: chez les pré-tuberculeux, l'effet est remarquable, et en deux ou trois mois on peut transformer les malades.

LE TRAITEMENT MERCURIEL DU TABES

Depuis 1901, le traitement mercuriel du tabes s'est peu à peu généralisé en France, dit Faure, au XVI Congrès Intern. de médecine, à Budapest. La plupart, sinon tous les tabétiques anciens, l'ont tenté, et les tabétiques récents en poursuivent plus ou moins régulièrement l'application. Quelles conclusions se dégagent de cette vaste expérimentation?

Le traitement est fait avec des injections de sels solubles ou insolubles. Les préparations le plus habituellement employées sont: le calomel et l'huile grise — le bio-ure et le benzoate — l'hermophényl et le cacodylate d'hydrargyre. Pour en calculer aisément les doses, il faut rapporter tous ces sels à un étalon unique: le centigramme de mercure métal par injection et par jour.

Les anciens tabétiques, qui ont des scléroses spinales cicatricielles, des infections, des réservoirs, des intoxications médicamenteuses, des lésions rénales et hépatiques, tolèrent mal le traitement mercuriel.

Celui-ci doit être fait avec beaucoup de précautions et à doses faibles; au moins au début de la cure. Si on passe outre, on s'expose à une aggravation des symptômes tabétiques, même en dehors de tout signe d'intoxication mercurielle.

Les tabétiques nouveaux acceptent d'autant mieux le traitement mercuriel qu'ils se préoccupent en même temps de leur rééducation motrice, de leur repos; toutes choses qu'ils ne faisaient pas autrefois. Avec un diagnostic beaucoup plus précoce et un *modus vivendi* tout à fait différent de celui des tabétiques anciens, le tabétique moderne qui tolère bien le traitement mercuriel, voit très souvent ses symptômes rétrocéder et l'évolution de sa maladie s'arrêter.

Pour l'appréciation d'ensemble des résultats, on peut négliger les anciens tabétiques, qui deviennent de plus en plus rares et juger seulement les tabétiques récents. Or, il n'est pas douteux que, pour eux, le pronostic soit tout autre que pour leurs prédécesseurs, l'évolution progressive de l'ataxie ayant disparu, dans la grande majorité des cas.

Mais, pour obtenir du traitement mercuriel des résultats favorables et bien nets, il est nécessaire de ne pas appliquer aux malades la même dose et le même sel, ainsi qu'on le fait trop souvent. Il faut, pour chaque cas, savoir graduer et choisir, se souvenir que certains sujets ne tolèrent pas le mercure malgré toutes les précautions et que si le mercure améliore les accidents spinaux du tabes, il est sans action sur les accidents encéphaliques, notamment sur les névrites auditives et optiques.