

# MEMOIRES

## LA PONCTION LOMBAIRE DANS L'ŒDEME CEREBRAL, LA NEVRITE CEDEIMATEUSE ET LES TUMEURS DU CERVEAU (1)

Par J.-A. LESAGE

Officier d'Académie, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé  
à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Depuis que la ponction lombaire, grâce à Quincke en Allemagne et à Tuffier en France, est entrée dans le domaine de la pratique journalière, elle a servi presque exclusivement les intérêts de la chirurgie qui l'employait comme ... en d'anesthésie locale.

Peu à peu, les accidents et les incertitudes des résultats l'ont fait délaissé par la majorité des chirurgiens, peu soucieux d'ajouter aux risques d'une opération celui d'une anesthésie incomplète.

La médecine est alors intervenue, et elle a cherché à utiliser cette voie nouvelle, soit comme moyen de diagnostic, en étudiant le liquide céphalo-rachidien soutiré par ponction, soit comme moyen thérapeutique en injectant des solutions médicamenteuses dont l'absorption directe et rapide en faisait une voie du choix.

Jusqu'ici, on en a fait un moyen de diagnostic dans les maladies cérébro-spinales, et les résultats précis obtenus par la cytolyse nous engageant à poursuivre nos études dans ce sens chaque fois que l'occasion s'en présente.

L'observation suivante servira, pour l'instant, de démonstration:

### OBSERVATION :

Madame C. . . , âgée de 34 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame le 31 octobre 1904, pour des douleurs violentes siégeant à la tête, surtout dans la région de l'occipital.

(a) *Antécédents personnels*: Mariée à l'âge de vingt ans, elle reçoit dans sa corbeille de noces le cadeau bien connu des gynécologues: une métrite gonococcique qui la couche au lit durant trois mois, souffrant de pelvi-péritonite. Elle relève

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 19 janvier 1905.

péniblement, conservant dans ses ovaires des lésions qui passent à l'état chronique et qui la frappent de stérilité, sans compter les ennuis d'une leucorrhée opiniâtre et d'une menstruation irrégulière.

Impossible d'être fixé sur la syphilis chez elle à cette date éloignée; mais quelques symptômes ganglionnaires dans la région de la nuque joints à la mort prématurée de son mari, à l'âge de 32 ans, de paralysie générale, nous font croire qu'il y a là matière à suspicion.

Il y a quatre ans elle épouse une seconde fois. Il y a deux ans, elle subit l'opération du curettage. Je laisse de côté ses antécédents héréditaires qui n'offrent rien de particulier.

Vers la mi-septembre, elle est prise d'une céphalée à laquelle elle n'attache aucune importance. Peu à peu la douleur augmente et persiste jour et nuit. Tous les médicaments bien connus sont épuisés, sans résultat. Bientôt le mal ne laisse plus aucun répit à la malade. Elle se décide alors à entrer à l'Hôpital.

(b) *Examen de la malade.* — Comme aspect extérieur elle ne présente rien de caractéristique si ce n'est une pâleur marquée jointe à une expression de souffrance réelle et visible, pour laquelle elle réclame un prompt soulagement.

Les organes: cœur, poumons, foie, reins, me paraissent fonctionner comme à l'état normal.

Pouls: 68, le jour de son entrée.

Température:  $99^{\circ} \frac{2}{5}$  F.

*Urinés:* densité 1020, quantité 1200 grammes durant les 24 heures. Rien d'anormal à l'analyse.

Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés. La malade nous fait observer que ses douleurs sont continuelles mais plus vives durant la nuit; ce qui l'empêche de dormir; on dirait qu'elles procèdent par crises pendant lesquelles on est obligé de la tenir sous l'influence de la morphine.

Durant les quinze jours qui suivirent son entrée à l'Hôpital il y eut quelques rémissions, sous l'influence du traitement spécifique par la liqueur de Van Swieten à la dose d'une cuillerée à thé toutes les deux heures.

La température a oscillé entre  $99^{\circ} \frac{2}{5}$  et  $101^{\circ}$  F.

Mais bientôt un symptôme nouveau vint aggraver la situation.

Notre malade se plaignit de voir *double*, (diplopie) de ne distinguer qu'avec difficulté les personnes et les choses de son entourage. Il y eut disparition presque complète de l'acuité visuelle. Ce symptôme fut bientôt suivi d'un autre non moins grave: le strabisme interne des deux yeux.

Aucun trouble du côté de la parole, ni des membres. Je priai M. le Docteur Foucher de bien vouloir examiner les yeux de cette malade. Le résultat fut: *névrite œdémateuse* des deux yeux avec signes de compression.

Après discussion nous tombons d'accord sur l'urgence de la ponction lombaire comme moyen rapide d'amener la décompression et, partant, l'accalmie, sinon la rétrocession de la maladie.

M. le docteur Oscar Mercier fit, avec succès, en présence des élèves, la ponction lombaire au lieu d'élection — 4<sup>e</sup> lombaire. — Il retira environ 10 à 12 c.c. d'un liquide absolument incolore et limpide. Il y avait évidemment une tension assez élevée car le jet fut prompt et continu.

La malade fut conduite dans son lit où elle resta au repos jusqu'au lendemain.

La nuit fut bonne: la douleur avait considérablement diminué.

Deux jours après la ponction, la douleur avait complètement disparu; l'acuité visuelle se rapprochait sensiblement de l'état normal et le sommeil était facile.

Bientôt tous les symptômes graves s'amendèrent et la malade prenait congé de nous en bonne santé apparente, huit jours après la ponction lombaire.

#### DIAGNOSTIC.

Qu'avait notre malade?

Nous avons longtemps hésité entre plusieurs maladies.

(a) Nous avons d'abord pensé à la *néphrite chronique*, souvent coutumière de ces céphalées et de ces œdèmes. Mais, outre que l'analyse des urines n'a rien révélé — ce qui n'est pas

exclusif, car il y a quelquefois néphrite sans albumine dans l'urine — le rythme cardiaque était normal. D'autre part, la pression artérielle marquant 16 au sphygmomanomètre Polan et son passé n'était entaché d'aucune histoire de maladie aiguë propice à une telle complication.

(b) Nous avons alors recherché s'il n'y avait pas de la *pachyméningite*. L'exagération des réflexes tendineux n'était pas suffisante à elle seule pour nous engager dans cette voie. D'ailleurs, il n'y avait pas de signe de Kernig (1) : signe pathomonique d'une légion méningitique.

D'autre part, nous avons dans l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, pratiqué par M. le Dr Bernier, une preuve évidente qu'il n'y avait pas de lésion des méninges.

“Abandonné à lui-même, dit Achard, (2) le liquide céphalo-rachidien ne fournit aucun dépôt à l'état normal. En cas d'inflammation aiguë ou chronique des méninges, il laisse précipiter quelques légers flocons, peu nombreux et flottant comme de petits grains de sable, ou plus abondants si l'inflammation est plus vive. Il peut avoir au moment de la ponction un aspect laiteux. Dans les méningites suppurées, enfin, il laisse déposer une couche purulente assez épaisse. Parfois encore s'y forme un petit caillot effilé.”

Or, chez notre malade, je vous ai dit que le liquide était absolument clair et limpide à sa sortie. Au repos, même résultat.

Voici en quels termes s'exprime M. Bernier, dans son rapport: “Liquide clair. La centrifugation donne quelques leucocytes mono et polynucléaires en nombre insuffisant pour un liquide anormal.” Nous éliminons donc la méningo-encéphalite.

(c) Je mentionne l'*hystérie* pour satisfaire votre curiosité, car il n'y avait absolument aucun indice de ce syndrome chez notre malade.

(d) Reste la *syphilis*. Je vous ai fait remarquer que l'époque agitée de ses premières années de mariage avait laissé des traces indélébiles chez cette femme, et que la mort prématurée de

(1) Le signe du Kernig consiste dans la flexion obligatoire du genou, le malade étant assis sur un lit. A l'état normal, l'extension est toujours possible; lorsqu'il y a lésion des méninges, elle est impossible.—J. A. L.

(2) Achard, *Nouveaux procédés d'exploration*, p. 458.

son mari à 32 ans — de paralysie générale — jointe à la présence de ganglions de la nuque chez notre malade nous faisait pencher du côté de la syphilis chez elle. C'est, en effet, à cette dernière hypothèse que nous nous sommes arrêté.

Lancereaux, que vous connaissez tous personnellement ou par ses écrits, avait l'habitude de répéter souvent à ses auditeurs l'aphorisme suivant: " Dans toute lésion grave dont la cause vous échappe, soupçonnez toujours la syphilis, et très souvent vous aurez des succès. "

Trois ou quatre jours après son entrée nous avons, après examen, soumis notre malade au traitement mercuriel; liq. de *Lanswieten*; 1 c. à thé toutes les 2 heures. Sous l'influence de cette médication, nous avons observé une certaine accalmie, légère, il est vrai, mais suffisante pour nous engager à persévérer dans cette voie.

D'autre part, en face des symptômes de compression évidente jointe à une lésion des nerfs optiques sans symptômes concomittants dans les membres, la parole, ou ailleurs, nous avons pensé à une tumeur localisée dans une région neutre du cerveau et nous nous avons arrêté le diagnostic suivant: *gomme syphilitique à la base du cerveau, probablement à la base de l'occipital*, en raison du siège de la douleur invoqué par la malade.

Le traitement syphilitique ayant préparé les voies, la ponction lombaire, par soustraction du liquide, a amené une décompression subite, par appel, suivie d'un soulagement immédiat.

#### LA PONCTION LOMBAIRE.

Pourquoi avons-nous pratiqué la ponction lombaire, et comment a-t-elle agi chez notre malade?

— Nous avons fait la ponction lombaire afin de faciliter la résorption de cet œdème cérébral, bien mis en lumière par l'examen ophtalmoscopique, en soustrayant une certaine quantité de liquide dans les parties les plus déclives. Nous faisons disparaître, ainsi, la tension excessive du liquide céphalique intra-ventriculaire et nous favoriserons, en même temps, la circulation locale, considérablement gênée, qui entravait l'action thérapeutique de la médication interne.

Vous en saisissez mieux le mécanisme si vous voulez bien vous rappeler la situation et la marche du liquide céphalo-rachidien.

— Baignant la masse cérébro-spinale, le liquide céphalo-rachidien est logé aussi plus profondément, au contact immédiat de la pie-mère, c'est-à-dire dans l'espace libre entre la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde. De plus, ce liquide est répandu jusque dans les ventricules cérébraux, et la continuité de la nappe péri-cérébrale et intra-cérébrale est facile à comprendre puisque l'espace sous-arachnoïdien, au niveau du point où l'arachnoïde passe du cervelet sur le bulbe, communique avec le 4<sup>e</sup> ventricule ; que celui-ci communique, d'un côté avec la moelle par le canal de l'ependyme, où se trouve le 5<sup>e</sup> ventricule, et de l'autre, par l'aqueduc du Sylvius avec le ventricule moyen, ou 3<sup>e</sup> ventricule, qui lui-même, par les trous de Munro, se continue avec les ventricules latéraux.

— Le canal vertébral, dit Richet, présente toutes les conditions d'un tuyau d'échappement ou de dégagement. Le liquide sous-arachnoïdien, de son côté, est commun aux deux cavités encéphalique et rachidienne et peut facilement se porter de l'une à l'autre par l'intermédiaire du trou occipital. Si donc on suppose que la pression augmente dans la cavité crânienne au-delà des limites compatibles avec le peu de compressibilité des parties continues, le liquide céphalo-rachidien fuit devant cette pression et s'échappe dans le canal rachidien dont les parois sont moins inextensibles et dans lequel il remplace le sang venieux qu'il expulse (1).

— Ces notions sommaires nous ont guidé dans notre cas. La ponction a fait soupape et la soustraction de liquide rachidien a agi par appel sur le liquide céphalique.

On pourrait m'objecter que le liquide rachidien ne communique pas avec le liquide intra-ventriculaire céphalique, comme a tenté de le démontrer M. Cathelin par des injections de bleu méthylène chez le chien. Mais il semble établi qu'il y a bien communication entre les deux, par le trou de Magendi d'abord,

(1) Duval, *Traité de Physiologie*.

s'ouvrant à la partie supérieure du bulbe, et par le trou de Luschka, situé à la face inférieure du cervelet et donnant issue au plexus choroïde latéral du 4<sup>e</sup> ventricule qu'il met en communication directe avec l'espace sous-arachnoïdien. Si l'on a pu en contester l'existence, c'est qu'il est inconstant. D'après Charpy, il manquerait 3 fois sur 150 examens (1).

— A tout événement, il y aurait donc une communication réelle entre les liquides repartis dans les deux étages — cerveau et moelle — nous permettant de supposer que l'un agit sur l'autre. L'Anatomie en démontre la possibilité; la physiologie en affirme la nécessité absolue pour le bon fonctionnement de l'arbre cérébro-spinal; l'osmose ou la transsudation nous aide à en saisir le mécanisme, et la clinique confirme ces données générales.

La ponction lombaire agirait comme la saignée dans l'urémie. Babinski a rapporté le cas d'une malade chez qui la céphalée disparaissait régulièrement pendant trois jours après le flux menstruel.

Notre cas démontre aussi le bien-fondé de cette hypothèse.

Au surplus, et comme corollaire à ce travail, j'ai cru intéressant de faire un rapprochement entre l'observation personnelle que je viens de vous lire, et celle à peu près semblable, rapportée ces jours derniers, par le professeur Raymond, intitulée: "tumeur cérébrale" (2). L'histoire classique de cette seconde malade, suivie d'une autopsie, viendrait confirmer à la fois le diagnostic et le traitement que nous avons fait chez notre malade.

— *Observation II.* — Une femme de 43 ans, tailleuse d'habits, était venue il y a quelque temps à la consultation de la Salpêtrière, se plaignant des symptômes suivants.

D'une bonne santé habituelle, jusqu'à l'âge de 33 ans, elle avait été prise, à la suite d'une émotion, de crises de céphalée nocturne et diurne, qui s'accompagnèrent, au bout d'un certain temps, de vomissements. La céphalée devint bientôt

(1) Poirier, *Traité d'Anatomie*.

(a) *Progrès Médical*, 1903.

(2) *Journal de Médecine interne de Paris*, décembre 1904.

diffuse, intermittente, s'exacerbait considérablement au moment des règles, ce qui l'obligeait à suspendre son travail.

Quelque temps plus tard, elle allait consulter un oculiste, parce que, depuis deux mois, sa vue se troublait. On constata chez elle, à ce moment, un certain degré d'œdème de la papille.

L'oculiste l'avait soumise immédiatement à un traitement spécifique intensif, par injections mercurielles, et un peu plus tard par l'iodure de potassium, traitement sous l'influence duquel la malade parut aller beaucoup mieux tout d'abord : ses douleurs céphaliques s'étaient amendées. Puis elles reprirent, et c'est alors qu'elle vint ici.

A l'examen, à part une certaine exagération des réflexes, on ne trouve rien d'autre que des signes de compression cérébrale consistant en céphalée, vomissement et œdème papillaire. La malade ne présentait ni vertiges, ni attaques épileptiformes ; de temps à autre, elle était prise de torpeur, d'abattement, de tristesse.

Il résultait de ces constatations qu'elle était atteinte d'une tumeur cérébrale, dont l'existence était certaine, mais dont le siège était impossible à préciser. Ce siège répondait vraisemblablement à ce qu'on est convenu d'appeler la " zone muette " de l'encéphale.

En raison des phénomènes d'apathie, on aurait pu se demander si elle siégeait dans les lobes frontaux, mais en pareil cas on voit des attaques épileptiformes très fréquentes.

On en était réduit, par conséquent, à faire un traitement symptomatique, et, pour diminuer la céphalée, la ponction lombaire était indiquée.

La malade a succombé, et à l'autopsie, nous avons constaté, en effet, la présence d'une tumeur cérébrale. Cette tumeur à peu près ronde, de la dimension d'un œuf de dinde, adhère faiblement aux méninges, au point qu'il semble que, si on avait pu déterminer son siège précis, elle aurait pu être extraite assez facilement. Elle est située à la face inférieure du lobe occipital du cerveau. Sa nature est sarcomateuse.

Ce cas très remarquable méritait de vous être présenté. Il



est regrettable que l'état actuel de la science ne nous permette pas de fixer le siège précis de pareilles tumeurs et de les opérer, car l'opération serait aussi efficace que simple. (Raymond).

— A rapprocher aussi de notre observation où la malade fut prise des symptômes graves du côté des yeux, le cas d'Abadie (1), chez une jeune fille ayant souffert d'épilepsie Jacksonienne et d'œdème de la papille par tumeur cérébrale d'origine syphilitique. Par la ponction lombaire, le liquide céphalo-rachidien s'écoule clair, limpide, sous une pression relativement élevée; il en fut évacué 30 c.c. Dès le lendemain; la fillette pouvait lire des caractères d'imprimerie de dimensions ordinaires à une distance de 50 centimètres. Les jours suivants, on constata un retour progressif de l'acuité visuelle, la malade put bientôt lire un texte de journal placé au pied de son lit. Au fur et à mesure de ce retour, les céphalées se faisaient plus rares et moins violentes, la mydriase disparaissait, les réflexes pupillaires devenaient nouveaux.

L'examen cytologique du liquide soustrait ayant démontré l'existence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne manifeste, on songea à la possibilité d'accidents cérébraux d'origine syphilitique. Il fut fait, chaque jour, pendant 20 jours, une injection intra-musculaire d'huile biiodurée gaiacolée suivant la formule de Bazin. On assista à une véritable transformation de la malade: les troubles visuels, les céphalées, les accès Jacksoniens, convulsifs et psychiques ne se montrèrent plus.

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il est facile de concevoir quelles sont les maladies qui devront être influencées favorablement par la ponction lombaire employée couramment en Europe et trop peu au Canada.

Non-seulement elle doit servir à éclairer le diagnostic, mais elle doit aussi agir comme moyen thérapeutique puissant et rapide dans presque la totalité des maladies cérébro-spinales.

C'est ainsi que Netter a pu faire plusieurs ponctions chez 11 malades atteints de méningites pneumococciques, avec sept guérisons — 63 % — Faisans aurait observé la disparition

(1) *Revue Générale de Médecine et de Chirurgie*, citée par Milian, dans "Le Liquide céphalo-rachidien," p. 231. (Steinhil-Pau's.

d'une aphasie presque complète quelques heures après une ponction de 8 à 10 c.c.

D'autres auteurs ont pu obtenir de bons résultats avec la ponction lombaire dans l'urémie séreuse et contre la céphalée desBrightiques. Les fractures du crâne, les hémorragies méningées, que l'on peut confondre avec le coma urémique, pourront bénéficier largement de la ponction lombaire qui permet un diagnostic rapide par l'apparence du liquide, et un traitement sûr dont un grand nombre de malades ont déjà bénéficié ailleurs que chez nous.

Il y a plus. Les spécialistes pourront tirer grand profit de cette nouvelle méthode.

Ainsi, aux troubles oculaires dont je viens de rapporter des exemples démonstratifs, il convient d'ajouter aussi les troubles auriculaires.

En effet, Babinski, en différentes communications (1) recommande la ponction lombaire dans les affections auriculaires.

— C'est ainsi, dit-il, que chez une femme de 50 ans, qui, à la suite d'une hémiparésie droite, a présenté des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, et de l'affaiblissement de l'ouïe, deux ponctions lombaires avec soustraction de 5 à 6 c.c. de liquide faites, à trois semaines d'intervalle, ont opéré une véritable transformation de la malade. Tous les troubles, les bourdonnements, les phénomènes psychiques, l'affaiblissement de l'ouïe se sont atténués d'une manière telle, que l'état de cette malade, comme nous l'avons dit, s'est transformé du tout au tout. L'amélioration obtenue se maintenait au moment de la sortie de l'hôpital, qui a eu lieu trois mois et demi après l'opération.

Il en a été de même chez une autre malade, opérée plusieurs fois d'une otorrhée ancienne et qui depuis trois semaines présentait des sifflements et des bourdonnements, ceux-ci ont disparu après la 2e ponction lombaire en même temps que l'ouïe fut considérablement améliorée. Cette dernière particularité est intéressante, car la surdité de l'oreille droite durait depuis six

(1) Babinski. "Influence de la ponction lombaire sur le vertige voltaïque et sur certains troubles auriculaires." *Soc. Méd. Hop.*, 7 nov. 1902. — "Traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire." *Soc. Méd. Hop.*, 14 avril 1903. — Rapp. par Milian, p. 232.

ans, et on aurait pu croire *à priori* qu'elle était exclusivement liée aux grosses lésions de l'oreille moyenne et du rocher.

Même résultat chez une femme de 56 ans, qui, depuis son enfance, avait une surdité complète du côté droit et qui, depuis un an environ avait des sifflements et des bourdonnements du côté gauche. La ponction lombaire a amené la disparition de ces deux derniers symptômes avec une amélioration sensible de l'ouïe, si l'on tient compte de l'âge de la malade.

— Enfin, le même auteur rapporte un cas de lésions de l'oreille interne avec vertige Ménière pur qui semble avoir été complètement guéri.

Il existe des insuccès, mais les premiers seuls, les succès, nous autorisent à agir dans tous les cas.

#### TECHNIQUE.

Il sera utile, je pense, de terminer par quelques remarques sur la technique de la ponction lombaire.

Les deux planches ci-jointes sont déjà suffisamment démonstratives, mais il importe d'y ajouter quelques développements.

J'énumère en passant les articles indispensables à cette opération.

1° Une *aiguille spéciale*. — Telle l'aiguille de Tuffier, qui a 8 cent. de long, en platine irridé, inaltérable. "Elle est suffisamment *longue* pour traverser aisément les plans qui séparent la peau de l'espace sous-arachnoïdien; assez *solide* et assez malléable à la fois pour ne pas se tordre ou se briser; si par aventure elle rencontre un os; muni d'un *biseau assez court* pour qu'on soit sûr, au moment de la ponction que l'orifice de l'aiguille se trouve tout entier dans le sac arachnoïdien."

2° Deux *tubes à réaction stérilisés* et fermés à l'ouate;

3° De l'*ouate hydrophile*;

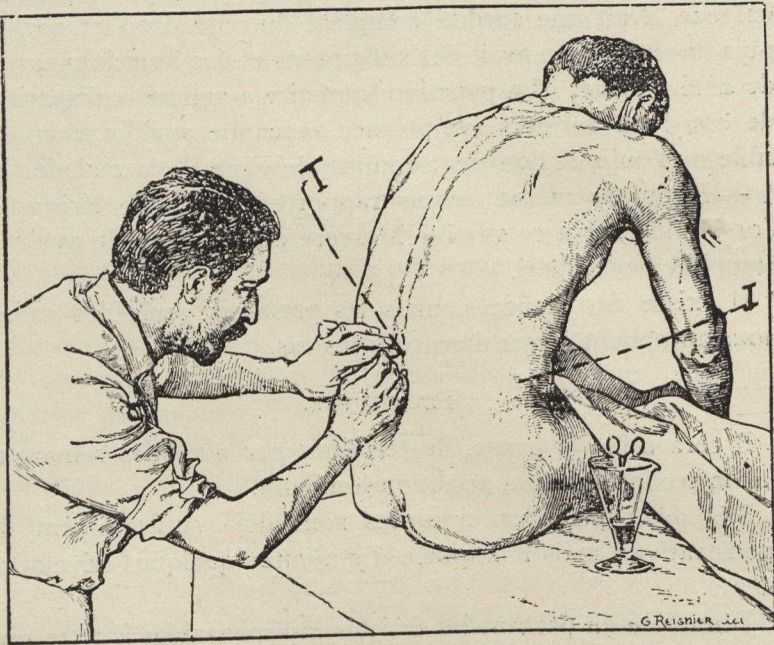
4° De l'*ether* pour nettoyer le point d'élection où doit pénétrer l'aiguille;

5° Du *chlorure d'éthyle* pour anesthésie locale;

6° Une *lampe à alcool* pour flamage.

Quant aux détails de l'opération il faut mettre le malade dans la position représentée par cette planche, c'est-à-dire

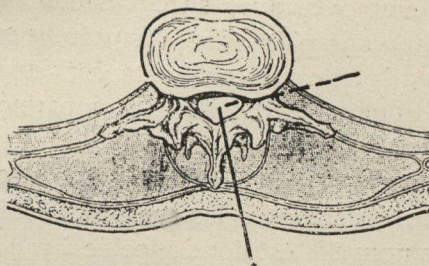
celle appelée "gros dos" ou l'autre appelée "en chien de fusil", pour les malades qui sont incapables de rester assis.



à Droite l'épine iliaque. — à Gauche le tubercule de la 4<sup>em</sup> lombaire, repéré ;  
lien d'élection pour enfoncer l'aiguille

— L'opérateur prend alors ses *points de repère*, les deux crêtes iliaques, la ligne unissant le sommet de ces deux crêtes ou ligne bis-iliaque, passe approximativement par le tubercule de l'apophyse épineuse de la 4<sup>e</sup> vertèbre lombaire, qui est repéré par l'index gauche qui n'en bouge plus. Le nettoyage de la région étant pratiqué, il est bon d'anesthésier la peau, que l'on asperge avec du *chlorure d'éthyle* jusqu'à ce qu'elle devienne blanche et congelée. On laisse les téguments reprendre leur coloration normale, puis on les réasperge de chlorure d'éthyle jusqu'à blanchissement. Dès que les téguments ont repris à nouveau leur coloration habituelle, on peut pratiquer la piqûre; la peau est devenue souple et très bien anesthésiée. L'aiguille munie de son mandrin est alors enfoncée d'une main sûre perpendiculairement à la peau à 1 centimètre en dehors et un peu au-dessus du tubercule de la

4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire repérée par l'index gauche, et l'on pénètre ainsi du premier coup dans les muscles. La piqûre détermine souvent une contracture réflexe de la masse sacro-lombaire; il suffit d'attendre quelques instants. Bientôt elle cesse, on enfonce l'aiguille en dedans et en haut, elle traverse la masse musculaire et est entièrement arrêtée par un obstacle plus résistant; en appuyant un peu, l'aiguille traverse le ligament jaune et passe entre les lames vertébrales; il lui suffit de traverser encore la dure-mère et l'arachnoïde pour que son extrémité soit libre dans la cavité sous-arachnoidienne; le liquide s'écoule aussitôt, suintant autour du mandrin de l'aiguille. On retire ce mandrin et les gouttes du liquide s'échappent pressées par la tubulure. (Milian).



A.—Position de l'aiguille dans le canal rachidien : direction oblique en bas et à droite.

La quantité de liquide nécessaire varie suivant les cas. Pour l'examen bactériologique et cytologique, 4 à 5 c.c. suffisent. Ailleurs, dans la céphalée avec hypertension, la méningite, le tabes, la paralysie générale, on peut soustraire une quantité beaucoup plus considérable de liquide. Nous avons retiré environ 10 à 12 c.c. chez notre malade.

Une fois l'opération terminée on frictionne légèrement le point où a porté la piqûre afin d'empêcher toute hémorragie, et on applique sur la région une compresse stérile. " Pas de collodion qui fait craqueler la peau en une multitude de petites plaies irrégulières; portes ouvertes à l'infection.

Une autre précaution importante est de laisser le malade sur le dos durant les cinq ou six heures qui suivent la ponction.

On signale la céphalée accompagnée de vomissements comme un des rares inconvénients qui suivent la ponction lombaire. Ceci tient à l'anémie rapide du cerveau qui se produit par soustraction d'une quantité trop grande de liquide pour un cas donné. Ceci est affaire de jugement, ces cas ne sont jamais identiques à eux-mêmes.

Pour ma part, je ne l'ai pas encore rencontrée et les auteurs la signalent comme une exception.

#### CONCLUSIONS.

La ponction lombaire est indiquée dans les maladies cérébro-spinales dans le but d'établir un diagnostic différentiel sûr et souvent impossible par les moyens cliniques ordinaires.

Elle est aussi employée avec succès comme moyen thérapeutique puissant et rapide dans l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, la névrite œdémateuse, la céphalée des brightiques, les tumeurs cérébrales accompagnées de symptômes de compression graves, etc.

Enfin, cette observation démontre l'importance de l'examen ophtalmoscopique dans toutes les maladies cérébrales.

Cette méthode nouvelle est donc appelée à rendre de grands services, et nous espérons qu'avant peu plusieurs membres de cette Société s'empresseront de rapporter les résultats de leurs observations sur ce point.

---

#### AVIS

La TABLE DES MATIÈRES pour 1904 sera distribuée aux abonnés dans le cours du mois de Février.

*Le Secrétaire.*

## A PROPOS DE LA PONCTION LOMBAIRE DANS L'ŒDEME CÉRÉBRAL, SÉCIEALEMENT DANS LA NEVRITE ŒDEMATEUSE (1)

Par le Professeur FOUCHER  
Officier de l'Instruction Publique.

L'observation qui vient d'être relatée mérite de fixer notre attention à différents points de vue. Elle établit la valeur de la ponction rachidienne pour remédier à l'hydropisie ventriculaire, elle met en lumière la valeur de l'examen ophtalmoscopique pour diagnostiquer cette hydropisie et enfin elle nous permet de toucher à cette question tant controversée du mécanisme de l'œdème papillaire et du meilleur moyen d'y remédier. Dans le cas particulier qui nous occupe, la ponction rachidienne a eu un résultat immédiat satisfaisant qui ne laisse aucun doute sur son efficacité: non-seulement les symptômes généraux se sont amendés, mais la papille elle-même s'est éclairci rapidement, les contours en sont devenus mieux limités en un mot l'œdème papillaire a disparu.

Le diagnostic d'affection cérébrale avec ou sans hydropisie ventriculaire n'est pas sans présenter quelques difficultés. Le phénomène de compression n'appartient pas en propre à l'hydropisie ventriculaire, le fait est qu'il peut exister une compression crânienne sans hydropisie et il peut exister une hydropisie sans compression. L'hydrocéphale infantile nous en offre un exemple remarquable. Dans ces cas les fontanelles, non soudées, permettent l'expansion du crâne, la pression reste à peu près normale sur le cerveau et la preuve qu'il en est ainsi c'est que les hydrocéphales jeunes développent une intelligence ordinaire et vivent sans manifester de troubles cérébraux en rapport avec la gravité de leur affection. L'ophtalmoscope dans ces sortes de cas ne nous rend pas tous les services qu'on a droit d'en attendre chez les sujets qui manifestent de la pression intra-crânienne exagérée avec excès de liquide dans les ventricles. Lorsque la papille est œdématisée on peut dire à coup sûr qu'il y a excès de liquide dans les ventricles et qu'il se manifeste de la pression intra-crânienne. C'est ce que j'ai cru devoir affirmer dans le cas qui vient de vous être relaté, non-seulement parce qu'il y avait véritable névrite œdémateuse (choked disk des Anglais). Mais

(1) Remarques faites devant les membres de la Société Médicale à la suite de la communication du Dr LeSage.

aussi parce qu'il existait un strabisme interne dû à une paralysie de la sixième paire.

Duret a démontré que toute compression intra-crânienne, soit par pression du dehors ou augmentation de la quantité des liquides intra-crâniens avec résistance des parois, déplace une certaine quantité de liquide vers la cavité rachidienne, et que le choc du liquide céphalo-rachidien se produit surtout au niveau du 4ème ventricule. Cette opinion de Duret explique pourquoi la paralysie de la sixième paire est fréquente au cours des hydropysies ventriculaires, pourquoi elle co-existe si souvent avec l'œdème de la papille. Les noyaux d'origine du moteur oculaire externe se trouvent à ce niveau en effet : de plus, ce nerf a un long trajet dans le crâne, il est grêle, il est situé le plus inférieur, le plus près de la base du crâne, il est plus facilement atteint.

Quant au mécanisme de l'œdème papillaire il peut être interprété de différentes façons, et une théorie commode, si elle n'est pas l'expression exacte de la vérité, est celle qui consiste à assimiler les cavités ventriculaires à des réservoirs lymphatiques, et tous les espaces qui communiquent avec ces réservoirs à des canaux lymphatiques. La gaine externe du nerf optique est séparée de l'interne par un espace auquel Schawlbé a donné son nom et qui serait un espace lymphatique aboutissant aux ventricules. De là il résulte que toute maladie qui détermine un excès de production des liquides dans le cerveau doit nécessairement avoir son retentissement sur les aboutissants éloignés. Lorsqu'il y a stase dans les grands réservoirs, les canaux sont gorgés et l'œdème apparaît comme conséquence. Dans l'œil, une condition particulière constituée par la lame criblée, fait en sorte qu'il y ait étranglement, ou le nom approprié de (Chocked disk) donné à la maladie par les anglais. C'est bien en effet une papille étranglée et le mot convient mieux que celui de névrite qui n'est pas du tout conforme aux faits. La névrite veut dire inflammation, prolifération cellulaire, destruction des fonctions de la fibre nerveuse. Or, au début, l'acuité visuelle reste bonne, intacte même au point qu'il est impossible d'admettre une névrite optique avec aussi peu de troubles fonctionnels. Si les patients accusent une mauvaise vision on serait porté à leur donner raison en



constatant le barbouillage de l'endroit de la papille optique; mais le défaut de vision consiste plutôt à voir double, par paralysie de la sixième paire, qu'en une acuité visuelle diminuée. Si le nerf lui-même n'est pas malade dans son parenchyme, s'il existe simplement un œdème, un excès de liquide dans l'espace de Schawlbe, il devient évident que nous avons affaire moins à une maladie de l'œil qu'à un symptôme d'un état général grave. D'où la nécessité d'intervenir promptement afin que la compression cesse le plus tôt possible. En effet, si l'œdème persiste, les cloisons conjonctives du nerf optique commenceront à proliférer, à enserrer dans des mailles de plus en plus étroites les fibres nerveuses qui, à la longue, perdent leur conductibilité et leurs fonctions. L'atrophie du nerf optique sera la terminaison fatale d'un simple œdème du début.

Cette question, envisagée au point de vue que je viens d'exposer, m'a toujours intéressé depuis que je suis en pratique et je me suis souvent demandé si on n'arriverait pas un jour à trouver un moyen plus simple et plus efficace que celui que conseillait de Wecker, autrefois : celui d'aller sectionner le nerf optique au pôle postérieur de l'œil, ou encore d'avoir recours à la Craniectomie. Pour ma part, prenant en considération ce fait qu'il faut soustraire des liquides qui sont accumulés en excès, j'ai traité une partie des cas qui se sont présentés à moi avec les injections de pilocarpine, j'en ai traité d'autres par des bains turcs et le plus grand nombre des cas que j'ai observés ont été référés à leur médecin de famille avec le diagnostic et les indications qu'il fournissait. J'ai eu particulièrement du succès dans un cas de date récente où j'ai desséché mon sujet par des transpirations répétées et abondantes.

Je crois à la ponction rachidienne, elle a déjà donné des succès entre les mains de Chaillous cité dans les délibérations de la Société d'Ophthalmoscopie de Paris, Déc. 1902. On a aussi guéri de ces cas par une simple trépanation crânienne. Dupuy-Dutemps en relate un à la même séance et Abadie fit même remarquer que c'était le 1er cas de guérison de stase papillaire par la trépanation.

Si on a guéri ces cas par la trépanation, par la ponction lombaire, par des sudations abondantes, il y a lieu d'espérer qu'à l'avenir on obtiendra des guérisons plus rapides de la maladie principale, ce qui aura pour effet de laisser la papille intacte et non pas vouée à une atrophie irrémédiable comme cela arrivait si souvent autrefois

## UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE CHRONIQUE, VARIÉTÉ ABDOMINALE, AVEC LITHOPÉDION (1)

Par MM. SAINT-JACQUES et MARIEN

Professeurs agrégés à l'Université Laval, Chirurgiens de l'Hôtel Dieu.

Je vous présente cette observation, avec pièces, au nom de M. Saint-Jacques et au mien, parce qu'elle nous a paru intéressante sous plusieurs titres, à savoir: 1° Les cas de *lithopédion*, sans être exceptionnels, sont cependant assez rares. 2° Le diagnostic clinique des grossesses extra-utérines *anciennes*, qui est presque toujours problématique, a été rendu impossible, dans notre cas, par l'histoire clinique de la malade. 3° Il ne nous est pas facile de préciser la variété anatomique ni l'époque de cette grossesse, vu que les faits cliniques ne s'accordent pas avec l'âge apparent du lithopédion que nous avons trouvé.

Mme W., âgée de 32 ans, vient consulter pour une tumeur abdominale constatée depuis 3 à 4 mois. Voici les renseignements cliniques qu'elle nous donne: Mariée à l'âge de 16 ans, elle a eu un enfant après une année de mariage, c'est-à-dire il y a quinze ans. Depuis elle n'a pas eu d'autre grossesse, car elle est devenue veuve, et est toujours restée veuve, quelques mois après la naissance de cet enfant, qui est aujourd'hui un grand garçon bien portant.

Ce premier et unique accouchement a été laborieux et suivi, dit-elle, de fièvres puerpérales, qui ont duré de quinze jours à trois semaines. Tout est enfin rentré dans l'ordre, et la malade s'est très-bien portée depuis ce temps, avec cependant, comme reliquat, une déchirure du périnée et un prolapsus utérin qu'elle a négligé de faire traiter, parce qu'elle n'en souffrait pas; ses menstruations ont toujours été régulières et pas douloureuses jusqu'au mois de juin dernier.

A cette époque, c'est-à-dire il y a quatre mois, elle a fait une métrorrhagie très-grave, accompagnée de péritonisme et de vomissements.

Cette première hémorrhagie survenue quinze jours après les dernières règles, sans cause apparente, est d'abord traitée médicalement par le médecin de famille, qui demande en consultation un chirurgien gynécologiste.

(1) Travail présenté devant la Société Médicale de Montréal, dans la séance du 6 décembre 1904.

La malade est alors transportée dans une maison de santé pour y être opérée. On lui fait un curetage de l'utérus, une périnéorrhaphie et un double raccourcissement des ligaments ronds par la méthode d'Alexander. Les suites opératoires sont excellentes; pas de température, pas de complications opératoires, et la malade quitte l'hôpital un mois après l'opération, se croyant parfaitement guérie.

C'est à ce moment et surtout pendant la marche qu'elle commence à souffrir et à s'apercevoir que le ventre se développe; elle fait une nouvelle métrorrhagie, qui est mise sur le compte des règles, et la douleur est attribuée à de la névralgie.

Après un séjour de quelques semaines au bord de la mer, l'état de la malade ne s'est pas amélioré, et les métrorrhagies continuent à se répéter toutes les deux ou trois semaines.

Le médecin et le gynécologue sont de nouveau consultés; ils font alors le diagnostic d'une tumeur de l'utérus et conseillent une nouvelle opération chirurgicale.

Vers le commencement du mois d'octobre dernier, la malade vient nous consulter et voilà ce que nous constatons. L'examen bimanuel nous permet de délimiter une masse qui remplit le petit bassin. Cette masse globuleuse est dure et plutôt mobile latéralement, elle fait corps avec l'utérus, si bien que l'idée d'un fibromyôme de l'utérus vient naturellement à l'esprit. En effet, le caractère des métrorrhagies abondantes, qui durent de dix à quinze jours et qui se répètent à intervalles assez réguliers, les troubles de compression dans le petit bassin; l'absence de tout passé infectieux des organes génito-urinaires depuis l'unique grossesse, qui remonte déjà à quinze ou seize ans; la constatation d'une tumeur globuleuse, de la grosseur d'un œuf d'autruche, de consistance plutôt ferme, ses connexions avec l'utérus, tout concourt à nous imposer le diagnostic de fibromyôme utérin; diagnostic qui avait été fait avant nous par le médecin et le gynécologue qui eurent l'occasion d'opérer et de traiter la malade depuis six mois.

Nous avons toutefois pensé à une lésion inflammatoire ou sarcomateuse à cause de l'évolution rapide de la tumeur et du symptôme douleur assez marqué.

A l'ouverture de l'abdomen, nous tombons sur une masse

qui remplit tout le bassin et dans laquelle sont confondus tous les organes ; adhérente à la surface péritonéale de la paroi, elle est recouverte par l'épiploon, qui lui est intimement accolé. Toutes ces adhérences se laissent rompre assez facilement mais saignent abondamment ; elles ont une consistance fibreuse gélatiniforme ; ligatures multiples.

Le tablier épiploïque libéré, nous constatons la présence d'une tumeur régulière de contours, de la grosseur d'un œuf d'autruche ; située un peu à gauche, elle fait corps avec la face postérieure de l'utérus qui est repoussé en avant sous le pubis.

L'apparence extérieure de cette tumeur nous laisse un peu perplexes, car elle rappelle celle de l'enveloppe fibreuse d'une tumeur kystique, mais sa consistance ferme quoique élastique, et le résultat négatif d'une ponction exploratrice faite à l'aide d'un gros trocart nous confirme qu'il s'agit bien d'une tumeur solide.

Deux anses de l'intestin grêle y ont contracté des adhérences fortes et variées.

En enucléant cette masse, qui s'enfonce profondément dans le cul-de-sac postérieur, nous déchirons une pochette kystique, d'où s'échappent environ 25 à 30 c.c. à un liquide hématique.

Après grandes difficultés, nous réussissons à enlever toute la tumeur, à laquelle sont encore adhérents l'ovaire et la trompe du côté droit. L'ovaire, du volume d'une mandarine, est scléro-kystique, c'est un de ces kystes qui a été déchiré en pratiquant l'énucléation ; la trompe qui est allongée et de la grosseur du pouce, plonge en cotoyant la tumeur jusque dans le cul-de-sac postérieur de Douglass. A gauche de la tumeur et perdu au milieu des anses intestinales, nous trouvons un fœtus momifié, qui est relié au bord libre de l'épiploon par une membrane fibreuse, mince, mais large d'environ deux travers de doigt et très vasculaire. Une ligature en chaîne, au catgut, est placée sur l'épiploon, et d'un coup de ciseaux, nous tenons enfin l'élément du diagnostic d'une grossesse extra-utérine chronique.

A l'examen des pièces, nous croyons qu'il s'agit d'un fœtus d'environ trois mois ; rigide et pelotonné sur lui-même, il présente les caractères d'une momification avancée avec dégéné-

rescence calcaire. Il était tout à fait indépendant de la tumeur et relié à l'épiploon par une membrane fibreuse vasculaire, au centre de laquelle on reconnaît le cordon.

Quant à la tumeur, c'est un volumineux hématoème organisé contenu dans une membrane d'enveloppe fibreuse, très résistante, épaisse d'environ 3 millimètres, et qui semble résulter de l'organisation de fausses membranes superposées et adhérentes à tous les organes voisins. C'est une hématoécèle pelvienne intra-péritonéale et rétro-utérine.

Il nous reste maintenant à interpréter ces faits, et nous nous demandons à quelle variété anatomique de grossesses extra-utérines devons-nous attribuer ces pièces.

Depuis combien de temps ce fœtus momifié peut-il séjourner dans la cavité abdominale?

Il nous est difficile de résoudre ces questions, d'une façon satisfaisante, et nous les soumettons à la discussion des membres de la Société Médicale.

S'agit-il d'une grossesse tubaire avec rupture de la trompe et avortement? Il faudrait admettre alors que le fœtus a été projeté en bloc dans la cavité abdominale loin du foyer hémorragique et qu'il s'est produit une greffe secondaire du placenta sur l'épiploon, la grossesse tubaire serait devenue une grossesse abdominale secondaire. Mais nous n'avons pu trouver traces de déchirure de la trompe et le fœtus était tout à fait indépendant de l'hématoécèle.

Est-ce une grossesse primitivement abdominale, dans laquelle l'ovule fécondé s'échappe dans la cavité péritonéale, s'y fixe et y évolue jusqu'au moment où le placenta, se décollant de sa caduque maternelle tout-à-fait anormale, saigne lentement dans le cul-de-sac de Douglass, et que le fœtus meurt et commence à subir une dégénérescence fibreuse?

La grossesse abdominale peut être aussi la conséquence d'une grossesse tubaire, sans que la trompe soit rompue, l'œuf aurait passé par l'orifice péritonéal, il y aurait eu avortement tubaire ou tubo-abdominal. Dans notre cas, en effet, la trompe et le pavillon étaient très développés par rapport à l'utérus, et indiquaient qu'ils avaient subi un processus hyperplasique.

## UN CAS DE HERNIE ETRANGLEE A LA CAMPAGNE (1)

Par le Dr J.-E. TURCOT, de Saint-Hyacinthe.

Dans le mois de mai 1903, je recevais une note de la part d'un confrère de la campagne me disant qu'il avait sous ses soins un malade atteint d'une hernie étranglée qui nécessitait un débridement, et il me demandait de vouloir bien aller l'assister. Comme les détails de l'opération que nous avons eue à faire sont tout à fait intéressants à cause des anomalies que nous y avons rencontrées, j'ai cru devoir vous les communiquer.

*Observation:* Il s'agissait d'un jeune homme de 18 à 20 ans, porteur depuis longtemps d'une petite hernie inguinale droite qu'il avait méconnue et pour laquelle il n'avait pas sollicité de traitement.

Etant un jour sous l'influence d'une forte indigestion il fit beaucoup d'efforts pour vomir. Ces efforts de vomissements continuèrent si longtemps et avec tant d'intensité qu'ils déterminèrent une augmentation de volume de la hernie avec de l'étranglement; ce qui décida le malade à faire venir le médecin. Celui-ci réduisit la hernie sans aucune difficulté par le taxis. Mais la hernie une fois réduite, les efforts de vomissements continuèrent et même plus forts qu'avant la réduction. Malgré tout ce qui fut employé pour diminuer les vomissements et faire fonctionner l'intestin, tous les symptômes d'un étranglement interne commencèrent à se manifester et à s'accroître de plus en plus. C'est alors que mon confrère me fit demander.

Je me rendis donc à son invitation et voici ce que je constatai.

Ce malade était bien affaibli; tout chez lui indiquait une dépression considérable: pouls petit, fréquent, dur, vomissements de matières fécales, etc. L'examen du canal inguinal me permit d'y entrer presque deux phalanges de l'index droit en invaginant le scrotum et de constater l'existence de piliers solides; et malgré tous les efforts qu'il faisait pour expulser le contenu de l'estomac la hernie ne se manifestait pas de nouveau au canal inguinal.

Tout indiquait qu'il y avait bien là un étranglement interne.

(1) Communiqué au Congrès médical français, à Montréal, 28, 29 et 30 juin 1904.

Cet étranglement interne était-il dû à ce que dans le taxis le sac et son contenu avaient été repoussés en dedans ensemble en conservant leurs rapports herniaires, ou bien y avait-il torsion ou invagination intestinale? Un diagnostic précis nous paraissait impossible à faire.

Tout de même il fallait bien intervenir et ouvrir l'abdomen.

Ici, une autre question se posait. Par quelle voie devait-on pénétrer dans l'abdomen? par la voie inguinale ou bien par la laparotomie médiane?

Il ne s'agissait pas d'aller à tâtons mais d'opérer à ciel ouvert. Pour obtenir ce résultat la laparotomie médiane me semblait être la meilleure route à suivre. Après avoir mis en usage les moyens d'asepsie indiqués pour de semblables opérations, je fis sur la ligne médiane une incision longue d'à peu près 3 pouces (9 ou 10 centimètres) je pénétrai dans l'abdomen en passant à travers l'un des muscles droits et je commençai à faire l'exploration de la cavité abdominale avec l'index de la main gauche, la lésion se trouvant du côté droit.

Il y avait inflammation du péritoine et, comme conséquence, des adhérences qui ne me firent pas regretter d'avoir choisi une ouverture médiane pour pénétrer dans l'abdomen. Heureusement ces adhérences étant de date assez récente cédèrent facilement.

Je pus constater alors que le sac et son contenu étaient refoulés dans l'abdomen et, de plus, qu'une anse de l'intestin pliée en deux était adhérente et bien fermement au collet du sac sur plus de la moitié de sa circonférence. J'essayai d'attirer le tout dans l'ouverture médiane que j'avais faite: mais je rencontrai des résistances qu'il me fallut bien respecter sous peine de lacérer l'intestin que l'inflammation avait rendu friable.

J'essayai de pousser mon doigt dans le collet du sac tout à côté de l'anse intestinale adhérente. Je parvins par ce moyen à repousser à sa place et à reconstituer le sac herniaire.

Prenant pour guide cette nouvelle hernie qui avait pour contenu le bout de mon doigt, je fis une seconde ouverture longeant l'arcade crurale.

Par cette seconde incision je mis à vue le point lésé. Je suis parvenu en usant de grandes précautions à briser les

adhérences qui existaient entre l'intestin et le collet du sac herniaire.

Après avoir examiné soigneusement l'intestin et constaté qu'il n'y avait pas de partie gangrenée, je le rentrai dans l'abdomen.

Je fermai complètement l'ouverture faite sur la ligne médiane par trois plans de sutures.

Quant à la plaie inguinale, après avoir isolé le sac tout entier et l'avoir lié le plus haut possible, l'état du malade commandait d'en finir au plutôt. Je me contenterai de réunir par des points séparés, les deux lèvres de l'aponévrose incisée, les piliers et la tunique fibreuse.

Je ne fermai pas complètement l'ouverture cutanée, je plaçai un point de suture à chaque extrémité de l'incision et comme il y avait de la péritonite je laissai cette plaie guérir par granulation en la drainant avec de la gaze.

Quelques heures après l'opération l'intestin commença à fonctionner.

Le malade se rétablit promptement.

---



## UN CAS DE POLYNEVRITE AVEC PARALYSIE DES SPHINCTERS (1)

Par le Dr G.-R. LARIN

Agrégé, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

----

Le 6 mai dernier, je suis appelé auprès d'une jeune fille: A. B., âgée de 24 ans, qui avait eu pendant dix jours par tout le corps et les membres de vives douleurs, et qui éprouvait, depuis quelque temps, principalement dans les membres inférieurs une sensation de faiblesse et de lassitude telle, que la marche était devenue impossible.

*Antécédents héréditaires.* — Père et sœur sont morts de tuberculose pulmonaire.

*Antécédents personnels.* — Elle souffre de dyspepsie depuis dix ans. Depuis trois mois, elle avait la diarrhée — probablement la grippe intestinale dont Montréal a été gratifié, cet hiver.

Il y a dix jours à peine, elle se refroidit après un bain en stationnant et en marchant pieds nus et en costume de nuit sur un prélat froid. Ce soir-là, pour la première fois, elle ressent de vives douleurs dans les épaules. Le lendemain, elle commet l'imprudence de mettre ses cotons au lieu de lainage et de flanelle qu'elle portait. Puis, comme c'est le Dimanche, elle passe son temps à aller à l'église et à visiter quelques amis, bref, elle prend de nouveau froid, et les douleurs de la veille reparaissent plus nombreuses et plus intenses. A partir de ce moment, elle ressent des engourdissements et des élancements dans tous les membres. Pas une région de son être n'est respectée: la tête, le corps, tous les membres sont tour-à-tour atteints. Cependant, pendant tout ce temps-là, elle continue son travail qui consiste à faire des boutonnières aux chemises au moyen d'un appareil électrique, et ce n'est qu'au bout de 10 jours, au moment où elle ne peut plus se mouvoir qu'elle le cesse. Car, aux douleurs, aux engourdissements et aux élancements a fait suite une véritable impotence fonctionnelle de tous ses membres. C'est alors que je la vois et que je lui conseille de se faire transporter à l'hôpital.

(1) Observation présentée au Congrès Médical français, à Montréal, juin 1901.

*Examen de la malade.* — Elle entre à l'Hôtel-Dieu dans mon service de la salle Ste-Vierge, au lit 135, où je la vois le lendemain — 7 mai — dans la position suivante : La malade est couchée sur le dos, les membres supérieurs gisent le long du corps, le poignet de la main est dans la demi-flexion, les membres inférieurs sont dans l'extension, sauf le pied droit qui est ballant, demi-fléchi. Ceux-ci ne peuvent faire aucun mouvement ; leur paralysie est complète, tandis que ceux-là exécutent de petits mouvements par reptation.

A l'examen les réflexes rotuliens sont abolis. Il n'existe aucune zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie cutanée, la sensibilité semble normale, sauf un retard léger dans la perception. Sur le trajet des nerfs et au niveau des tendons la pression produit des douleurs, de même le changement de position. Physiquement elle ne souffre pas autrement, mais elle se sent engourdie, lourde, clouée et sa souffrance est plutôt morale ; se voir ainsi tout paralysée, l'effraie.

Elle ne présente aucun stigmate d'hystérie. L'état mental est bon. Elle est apyrétique, la figure cependant est animée, les yeux expriment l'anxiété. Le pouls bat à 140. A la pointe, au premier temps on entend un bruit de souffle. La respiration est normale. Il y a rétention vésicale et le catheter puise une urine qui renferme des traces d'albumine.

Le lendemain on constate que la paralysie a envahi la face ; la malade ne peut fermer complètement les yeux, ni siffler. Elle bredouille en parlant. Elle a uriné deux fois au lit et a été sous elle, à son insu. La veille, elle a eu un accès de dyspnée ; elle respirait 50 à la minute. Elle n'a presque pas de sommeil et transpire beaucoup, la nuit.

Tous ces phénomènes persistent quand, au bout de 5 jours, on signale à la région fessière gauche un petit escharre qui détermine une élévation de température, d'un degré et demi pendant les six jours qu'il dure.

La maladie garde à peu près la même physionomie pendant un mois. Pendant ce temps-là, la malade est toujours paralysée de ses membres, de sa vessie et de son intestin. Le pouls est à 140, 130, 120 pulsations à la minute. La respiration est

parfois très-accelérée, le soir surtout: 50, 48, 36 pulsations. L'amaigrissement est considérable, les muscles se dénourrissent. La main est simienne, à l'éminence thénar et hypothénar qui n'existent plus, la peau ne recouvre que le squelette osseux, le dos de la main est creusé de gouttières profondes. A l'avant-bras et au bras les muscles d'un modelage arrondi ont disparu, la peau fait chiffon. Aux membres inférieurs l'amyotrophie n'en est pas moins répartie. Les saillies musculaires des mollets sont remplacées par une peau tombante et flasque, de même pour les masses musculaires des cuisses. Les troubles sensitifs cependant n'ont pas augmenté. Seule, encore, la transmission est en retard.

Six semaines après leur apparition, ces symptômes s'amendent ou cessent en partie. Les membres supérieurs reprennent tous leurs mouvements, la malade s'assied seule sur le bord de son lit. Elle lève les membres inférieurs mais ne peut pas encore marcher. Ces jours-ci elle a commencé à remuer les doigts des pieds, leur motilité est lente à venir. La guérison pour les membres inférieurs s'effectue de la racine des membres à leur extrémité. La respiration n'est plus accélérée, le pouls est à 86, mais le souffle persiste à la mitrale. Les fonctions de la vessie et de l'intestin se font normalement.

\* \* \*

Comme *étiologie*, on note bien qu'il y a eu une infection considérable qui a préparé le terrain depuis longtemps; cette dyspepsie vieille de dix ans; en outre, cette diarrhée de trois mois qui a précédé tous ces phénomènes, et puis ce bruit de souffle, à la mitrale; qui indique une endocardite qui est elle-même l'expression d'une infection grave. Le refroidissement qu'elle a subi a, sans doute, mis le comble à la mesure.

Les symptômes sensitifs, moteurs, trophiques, vaso-moteurs sont apparus avec rapidité, l'escarre fessière se manifestant au 5ème jour, le pneumogastrique touché dès le début qui causait cette tachycardie remarquable et cette oppression qui a mis notre malade en danger, puis l'amendement de ces phé-

nomènes, tout cela démontre bien que l'on a eu affaire à un cas type de polynévrite complète avec cette particularité de paralysie des sphincters, qu'il serait difficile de confondre avec une autre lésion du système nerveux.

Aujourd'hui, après deux mois de maladie, l'état général est excellent, l'appétit est bon, le pouls est à 86, le souffle persiste cependant à la mitrale, la respiration est normale la convalescente est gaie et goûte déjà les douceurs d'une guérison qui se complète de jour en jour.

\* \* \*

Le traitement a consisté en régime lacté, iodure potassium, stychnine, pansement antiseptique, massage et électricité.

Comme conclusion pratique, je tiens à dire aux membres distingués de ce congrès que je sou mets respectueusement cette observation à leur bienveillante attention à cause de la grande rareté, pour ne pas dire de l'absence — du signalement dans la littérature médicale de la Polynévrite avec paralysie des sphincters. (1)

(1) Au mois de novembre dernier, j'ai revu cette personne qui était complètement guérie depuis un certain temps et se portait parfaitement.

---

## TRAITEMENT MÉDICAL DE LA NEURALGIE DU TRIJUMEAU

Par le Dr ALBERT LAURENDEAU

Président de l'Association Médicale de Saint-Gabriel de Brandon, district de Joliette,  
Gouverneur du Collège des Médecins de la province de Québec,

Au Congrès de juin dernier, à Montréal, on nous fit voir un opéré, à qui on avait enlevé un ganglion de Gasser, pour névralgie du trijumeau. A la suite de la communication que nous fit l'auteur à ce sujet, je m'enquis si le traitement médical avait été épuisé, avant que d'en venir à une détermination aussi grave. J'ai demandé si l'aconitine, la quinine surtout avaient été employées méthodiquement et à hautes doses, car il est à remarquer que le malade en question était un ancien paludique.

On affirma que, seul, le traitement Chirurgical était recommandable. Un peu plus, et la célèbre formule de Dieulafoy, avec une légère variante: " Il n'y a pas de traitement médical pour la névralgie du trijumeau " aurait été de mise.

A tout événement voici deux faits qui me font croire que, parfois, le tic douloureux est justifiable d'un traitement médical:

OBSERVATION I. — Monsieur N. B. — 35 ans. — Rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est qu'il fut atteint de malaria, vers l'âge de 18 ans, aux Etats-Unis.

Le foie, la rate sont normaux ainsi que les reins. L'examen de ce sujet révèle les symptômes suivants: crises paroxystiques de névralgie du trijumeau à droite, la branche frontale et la maxillaire supérieure semblent atteintes davantage, car la douleur est plus violente aux points sus-orbitaire, maxillaire supérieur et dentaire qu'ailleurs.

J'ai dit qu'il avait des crises paroxystiques, j'ajouterai que ces crises revêtaient un caractère périodique. Chaque matin de dix à douze heures, les douleurs étaient intolérables, telles, que j'ai entendu ce désespéré appeler la mort. Hors ces accès, il restait de l'hypéresthésie de tout le côté droit de la face, et quelques attaques frustes, sans caractère périodique, durant l'après-midi et la nuit.

J'ai tenté le traitement que je crois rationnel. Je donnai la quinine et l'arsenic. Mais je crois que dans de telles circons-

tances, il ne faut pas faire de l'homéopathie. Les homéopathes sont, à mon sens, en médecine, des libre-penseurs. Il leur manque la foi, — la foi qui guérit... par les médicaments. Donc, je donne la quinine, mais jusqu'à saturation de l'économie: 15 à 20 grains par jour et je ne diminue cette dose qu'aux premiers symptômes d'intolérance: bourdonnements de l'ouïe, surdité, etc.; en même temps que je donne la solution de Fowler à la dose de 20 gouttes par jour.

*Régime:* Lacté, pour, théoriquement au moins, éliminer autant que possible tous les produits toxiques de l'économie.

Quinze jours de ce traitement amenèrent la sédation complète de la douleur et de la sensibilité. Bref, mon malade est parfaitement et continuellement bien depuis quatre mois.

OBSERVATION II. — Cette seconde observation diffère de la première en ce que la névralgie me parut idiopathique. Mademoiselle A. C., jeune fille de dix-sept ans était sous les soins d'un confrère, depuis une huitaine, lorsqu'elle me fit appeler le 30 novembre 1903, et me signifia son intention de changer de médecin.

Elle souffrait tellement, que j'eus peine à compléter mon examen subjectif. C'était des plaintes, des gémissements continuels, avec de légères rémissions de très courte durée. Elle souffrait jour et nuit, et j'ai été informé qu'elle n'obtenait qu'un léger repos la nuit, avec prise d'une forte dose de morphine. Le diagnostic s'imposait: névralgie de trijumeau gauche; mais les points sus-orbitaire et lacrymal étaient tout spécialement affectés. Le moindre rayon de lumière amenait des crises épouvantables. La famille, alarmée, demanda une consultation avec un spécialiste. J'appellai mon distingué ami de Professeur A. Foucher, de Montréal, qui vint à St-Gabriel de Brandon, le 4 décembre. Après avoir examiné minutieusement le fond de l'œil, les sinus frontal, nasal, maxillaire supérieur, etc., Foucher déclara tout net qu'il ne voyait rien autre chose que de la névralgie du trijumeau.

Aucune tare dans le passé n'éclairant le diagnostic causal, nous nous rattachons à une névralgie *a frigore*. En effet, quelques jours avant l'écllosion des premiers symptômes de

cette affection, Mademoiselle C. avait fait une longue course en voiture, coiffée d'un chapeau léger, par une température humide et froide.

D'accord avec mon confrère, je continuai le traitement que j'avais ordonné: quinine, 12 grains par jour, et aconitine, 1-100 de grain (Tablette Aconitine Crystal 1-100 gr, Parke, Davis), toutes les six heures.

Au second jour du traitement, j'ai été obligé de changer mes centièmes de grains pour des deux-centièmes, parce que le matin, surtout à jeun, l'aconitine était mal supportée: nausées, sensations d'engourdissements aux lèvres, aux joues et au front. J'ordonnai alors 1-200 toutes les quatre heures jusqu'à cinq par jour.

Les douleurs cédèrent graduellement, et en moins de quinze jours, la guérison fut complète. Vous comprendrez maintenant que ces deux cas ne sont pas faits pour modifier mes opinions quant à l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans tous les cas de névralgie du trijumeau, si surtout cette intervention consiste dans l'ablation du Gasser. Du reste, Dieulafoy, qui n'est certainement pas préjugé contre la chirurgie (il l'a prouvé à ses dépens) dit, dans la dernière édition de sa pathologie interne: "Le traitement est variable suivant la cause. "La quinine est indiquée, quand la névralgie est d'origine "palustre. Dans les autres variétés, l'on fera usage de l'aconitine, de la morphine de l'antipyrine, des bromures. Il ne "faut pas oublier que la syphilis peut, par différents méca- "nismes produire la névralgie faciale, auquel cas, le traitement "spécifique doit être aussitôt institué ." Comme dernière ressource Dieulafoy, ajoute: "Le traitement chirurgical a "donné de bons résultats; on commence par pratiquer la ré- "section de la branche douloureuse, et si elle ne suffit pas, "on a recours à la résection des ganglions de Gasser. "

Il y a loin de là, n'est-ce pas, à l'aphorisme de quelques-uns de nos chirurgiens: "il est reconnu que la névralgie grave du trijumeau est justifiable du seul traitement chirurgical. "

Il s'est tenu du 18 au 24 septembre dernier, à Breslau, Allemagne, un Congrès de Naturalistes et Médecins allemands;

et dans la section de Chirurgie, une communication de M. Perthes de Leipzig, sur la résection du trijumeau et l'ablation du Gasser, provoqua une discussion très intéressante, et je remarque que le sentiment général, ou plutôt l'impression qui nous reste après lecture des divers arguments, etc., apportés à la tribune, c'est que l'enthousiasme soulevé par les premières ablations du Gasser est bien tombé, c'est manifestement un sentiment d'hostilité générale contre cette grave intervention. Je vous prie de prendre note des remarques de M. Von Eiselberg, de Vienne, qui a clos ainsi la discussion: "A la clinique de Billoth on n'a jamais pratiqué une seule résection du ganglion de Gasser. Toujours, on a été très satisfait de l'aconitine qui, bien employée, n'a jamais failli à son ancienne réputation." (1)

C'est dire qu'en Allemagne l'on ne pense pas tout-à-fait comme à Montréal.

---

(1) Voir la *Presse Médicale de Paris*, No 18, 8 octobre 1904.



## ACTUALITES

---

La Licence interprovinciale et l'Association Médicale du District d'Ottawa

---

L'Opinion de M. BOURASSA, Député de Labelle.

Nous avons, il y a quelques jours, assisté à la deuxième assemblée de la Société Médicale du District d'Ottawa, tenue dans la jolie ville de Buckingham. Ce n'est pas la première fois que nous voyons nos confrères de la campagne délibérer entre eux sur les questions scientifiques et d'intérêts professionnels; déjà, à St-Césaire, puis à Granby, nous étions présents à leurs réunions, et nous en avons conservé un bon souvenir.

Nous ne pouvons taire l'admiration que nous avons pour ces vaillants de la profession qui comptent pour rien 30 ou 100 milles de mauvaises routes à faire avant d'atteindre le lieu de réunion! Quel noble exemple pour ceux de nos confrères de Montréal qui hésitent à se laisser emporter, 5 ou 10 minutes, dans un tramway chauffé pour se rendre à notre société tous les quinze jours.

Il existe déjà plusieurs sociétés médicales dans la Province de Québec, et d'autres sont à l'état de germe encore. Que l'éclosion ne tarde pas trop, car c'est véritablement de là que nous viendra le salut! Lorsqu'on dit: Société Médicale du district de X, c'est tout comme si l'on disait que l'Union, la bonne entente et la solidarité professionnelle règnent dans ce district; c'est tout comme si l'on répétait que ce district compte un grand nombre de médecins studieux, qui s'estiment et se respectent.

Cherchez-vous des médecins qui sont d'accord sur le *tarif*, qui traitent comme elles le méritent les *sociétés mutuelles*, c'est à dire, qui ne veulent rien avoir à faire avec elles touchant les malades; voulez-vous entendre des confrères dire du bien les uns des autres, qui étudient et qui s'entraident partout et toujours, allez et n'allez que dans les districts qui ont leur société médicale; car ailleurs c'est souvent encore du vieux jeu: de la misère et de la rancune, de la jalousie et de l'envie, de la paresse et souvent du vice!

Nous faisons un pressant appel à tous les confrères de notre belle Province, leur demandant de s'organiser sans plus tarder en société médicale. C'est le plus sûr moyen de devenir un corps puissant et d'obtenir l'oreille de nos députés à Québec et à Ottawa; c'est encore le seul moyen de revoir fleurir, dans un autre milieu, les liens de cette solide amitié du bon temps d'étudiant; c'est enfin le seul moyen de suivre le progrès scientifique qui marche à pas de géant dans la médecine. *Lex Sali* s'applique plus au médecin qu'à tout autre homme d'étude!

— M. Henri Bourassa, député du Comté de Labelle, nous a entretenus pendant un heure du projet de loi Roddick re: *la licence interprovinciale*.

Le brillant orateur dans un préambule charmant dit tout le plaisir qu'il ressent de prendre la parole devant un auditoire composé des médecins de son comté et de leurs confrères des environs; il eut quelques bonnes paroles à l'adresse des deux délégués de la Société Médicale de Montréal, qu'il voyait avec bonheur assister à cette réunion au moment où il se proposait lui-même de discuter le projet de loi Roddick qui a déjà fait le sujet d'un rapport de cette Société.

"Mon intention, ajoute-t-il, n'est pas de croiser une lance avec quelqu'un d'entre vous, bien que ce soit dans mes habitudes... au Parlement surtout; non, je veux tout simplement vous mettre en garde contre les conséquences *légal*es du Bill Roddick tel qu'il est rédigé par son auteur et même tel qu'amendé par la Société Médicale de Montréal."

Je regrette profondément l'absence, ici, de mon ancien collègue, M. le Dr Roddick, qui s'est fait le parrain de ce projet de loi devant la Chambre des Communes. La discussion est toujours bonne surtout lorsqu'elle a lieu avec un adversaire aussi courtois que l'est votre savant confrère de Montréal."

Puis, M. Bourassa entre dans le vif de la question. "Si je ne m'abuse, dit-il, vous êtes tous d'accord, messieurs, pour demander l'échange interprovinciale des "*licences*" médicales. Pour nous profanes il est absolument ridicule de voir l'acharnement que mettent les Bureaux Médicaux de chaque pro-

vince à empêcher les médecins des Provinces voisines à venir exercer chez eux! La fièvre typhoïde ou la pneumonie, ne sont-elles pas les mêmes des deux côtés de l'Ottawa? Et la médecine qui s'apprend dans une Université d'Ontario, n'est-elle pas la même qui s'enseigne à Laval, McGill ou à Bishop?"

Le conférencier rend hommage au Président actuel du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, M. le Dr E.-P. Lachapelle; il rappelle les efforts que ce dernier fit en 1888 pour faire sanctionner par la Chambre de Québec une loi qui mettait fin à l'existence des *barrières* interprovinciales, et rendait l'exercice de la Médecine libre dans tout le Canada.

Des influences qu'il faut qualifier de mauvaises et de mesquines empêchèrent, alors, par des machinations de hautes volées, la réussite de ce beau et patriotique projet de loi sur lequel l'orateur s'étendit plus longuement, à la fin de sa conférence, parce qu'il réalise, aujourd'hui encore, le seul moyen pratique de régler le différend interprovincial.

M. Bourassa discuta, en dialecticien habile, les principales clauses du projet de loi Roddick. Il ne craignit pas de dire que le but de l'auteur de cette loi est de créer une Université d'État aux dépens des Universités des autres Provinces, et de placer McGill, dont il est le dévoué doyen, sur ces nouvelles assises gouvernementales de l'enseignement Universitaire au Canada. Cette Université d'État n'apparaît pas, tout d'abord, à la lecture du Bill; on n'y parle que d'un Bureau Fédéral d'Examineurs nommés de différentes manières; mais en énumérant les pouvoirs et privilèges de ce Bureau, en méditant surtout sur les conséquences qui devaient fatalement en découler pour l'enseignement secondaire et supérieur au Canada il devenait apparent que cette loi, proposée pour guérir un mal dont nous souffrons, créait un danger beaucoup plus grand: *la disparition de l'autonomie des provinces en matière d'éducation.*

"Si, pour améliorer votre sort, dit M. Bourassa, il faut léser des intérêts non moins importants que les vôtres, vous comprendrez pourquoi les législateurs deviennent hésitants et même s'opposent à tout projet de loi qui porte atteinte à des droits acquis."

L'orateur démontre que la clause qui donne droit au Bureau Fédéral de faire des programmes d'études et de se rendre compte des aptitudes de chaque candidat qui se présentera devant ses examinateurs est le plus dangereux de tout le Bill Roddick.

" Cette clause est suffisante pour battre en brèche notre système d'éducation et c'est ce que nous ne permettrons pas ! La Société Médicale de Montréal a modifié quelque peu cette clause en remplaçant le mot "*étudiant*" par le mot "*médecins*" beaucoup moins vague. En effet, avec le mot *étudiants* on pouvait tout aussi bien s'adresser aux élèves de nos Collèges qu'aux seuls élèves de nos Universités, et s'arroger le droit de bouleverser les programmes d'enseignement adoptés dans ces Collèges. Mais cette modification n'est pas suffisante; car le Bureau Fédéral, s'il ne lui est plus permis de contrôler directement l'enseignement dans nos institutions secondaires peut le gêner considérablement, puisque les élèves qui en sortent seront obligés de se présenter devant ses examinateurs avant d'obtenir le droit d'aller exercer leur profession dans une autre province. Vous ne voulez pas accorder au Bureau Fédéral le droit de légiférer sur le mode d'enseignement de nos collègues, c'est vrai, mais pourquoi alors lui permettez-vous de faire subir des examens et de refuser les candidats qui ne répondront pas à son idéal d'enseignement secondaire? Ne dites pas que les représentants de notre province dans ce Bureau Fédéral sont une garantie que nos droits seront respectés. Non, Messieurs, soyez convaincus que nos *huit délégués* compteront pour peu et que leur influence sera à peu près nulle parmi les quarante délégués anglais venus des provinces sœurs. Vous n'avez aucune garantie que les candidats ne seront interrogés que sur des sujets relevant de l'enseignement médical seulement. "

Il est évident que M. Bourassa a touché là, du doigt, un point qu'il importait beaucoup de discuter. Si les Anglais ont d'une part un enseignement supérieur absolument inattaquable fourni par des Universités comme le McGill entre autres, ils souffrent d'autre part de l'infériorité de leur enseignement secondaire, et ils s'en rendent bien compte.

Ils savent, de plus, qu'il leur est presque impossible d'améliorer cet enseignement secondaire par suite de l'insuffisance des *High Schools* où il est donné. Pour que les élèves anglais puissent faire des études secondaires correspondant aux nôtres, il leur faudrait tous venir étudier à l'Université McGill; or, tandis que nos Collèges sont à la portée de toutes les bourses, McGill coûte cher; tandis que nos compatriotes, grâce à la répartition des collèges classiques dans tous les coins de notre Province, profitent, sans s'éloigner ou très peu de leur famille, de l'enseignement donné à des prix infimes par les professeurs de ces grandes maisons d'éducation, les élèves anglais sont partagés entre les quelques écoles normales qu'ils possèdent hors de Montréal ou Québec et viennent en très petit nombre suivre les cours de McGill, par suite des dépenses qu'un long séjour dans notre ville occasionne.

Pour M. Bourassa, le Bill Roddick est donc inacceptable. C'est aussi l'opinion de la profession en générale. "La Société Médicale de Montréal, dit M. Bourassa, propose de recourir à une législation provinciale plutôt que d'adopter une loi fédérale, et elle suggère de revenir au projet de M. le Dr E.-P. Lachapelle, tel que présenté à Québec en 1888; et je voudrais voir tous les médecins se liguier afin d'obtenir justice auprès des députés de la Chambre de Québec. \* Il n'est que raisonnable que le corps médical de cette province soit traité par les Universités de la même manière que le Barreau et la Chambre des Notaires! Pourquoi votre Bureau Médical n'obtient-il pas le privilège de délivrer la *licence* après examen devant ses propres examinateurs puisque l'opposition des autres provinces, Ontario surtout, cesserait par le fait même et que la licence interprovinciale serait obtenue du même coup? "

Nous avons été heureux d'entendre M. Bourassa préconiser, comme le seul pratique, un projet de loi provinciale qu'il semble facile d'obtenir de la Chambre de Québec et de nos Universités.

Nous savons sciemment que Ontario traitera avec nous dès que notre Bureau Médical aura les mêmes pouvoirs que le sien. Il est évident que le Bureau Médical d'Ontario ne peut

pas reconnaître, sans examen, le diplôme de nos Universités quand il force les étudiants des universités d'Ontario à se présenter devant son bureau d'Examineurs.

— M. le Docteur Aubry, Vice-président de la Société Médicale du district d'Ottawa et maire de Hull, se leva le premier pour féliciter le Conférencier sur son étude remarquable du Bill Roddick: " Pour nous, dit-il, il y a un besoin très pressant de voir cette licence interprovinciale nous ouvrir les portes d'Ontario. Il n'y a que l'Ottawa qui nous en sépare et l'obligation morale d'aller d'une rive à l'autre se présente si souvent que nous ne pouvons nous empêcher d'encourir une amende de \$25.00 pour peu que le Bureau Médical d'Ontario fasse le méchant; il est vrai que nos confrères de la ville d'Ottawa ne se gênent guère pour venir chez nous en courant les mêmes dangers d'arrestation, avec amende. Il existe une entente tacite, comme vous le voyez, mais ce n'est pas suffisant et je vous avouera: que j'ai si grande hâte de voir cette question réglée que je suis prêt à accepter le Bill Roddick quelqu'il soit au risque de déplaire aux vaillants défenseurs de l'autonomie des provinces en matières d'éducation. Avec ces grands mots et beaucoup trop de patriotisme, on n'arrive pas toujours à aplanir les difficultés de la vie.

M. le Dr d'Amours, de Papineauville, secrétaire de la société, proteste contre l'opinion émise par le Dr Aubry et demande que la Société soit prudente avant d'accepter une telle manière de régler la question de la licence interprovinciale.

" Nous avons besoin d'une licence interprovinciale et ce le plus tôt possible, mais nous devons respecter nos droits acquis et diriger plutôt nos efforts vers un autre but, c'est-à-dire une législation provinciale.

M. le docteur Paquette de Hull, demanda à la Société de faire des démarches auprès des Bureaux Médicaux d'Ontario et de Québec afin d'obtenir une zone neutre de chaque côté du point de contact des deux provinces. Dans les pays d'Europe il existe une zone neutre où les médecins de deux contrées limitrophes peuvent exercer leur profession; pourquoi n'aurions-nous pas la même chose ici en attendant que la licence interprovinciale soit instituée.

M. le Dr Syneck, de Gracefield, fit remarquer qu'il fallait, à tout prix et le plus vite possible, trouver un moyen d'accommoder les choses, tout en sauvegardant nos intérêts.

M. le Dr Boulet, de Montréal, dit qu'il était grand temps d'avoir une licence interprovinciale, vu l'encombrement qui existe dans notre profession. Autrefois les nouveaux médecins partaient en bon nombre, à la fin de leurs études universitaires, pour aller s'établir aux États-Unis où ils étaient bien reçus et pouvaient se livrer à l'exercice de la médecine sans examen aucun. Aujourd'hui ce débouché nous est fermé, ou à peu près, cependant le nombre de nouveaux esculapes croît un peu tous les ans. Que voulez-vous, maintenant que l'on ne pense qu'à faire des études classiques et que le nombre de nos collègues augmente de ci-de-là? Tant que l'élève sortant de ces institutions ne pensera qu'à étudier la Médecine, le Droit, ou à faire un prêtre nous souffrirons de pléthore. Les autres Provinces du Dominion, cependant, réalisent un débouché idéal; nos compatriotes y sont déjà nombreux et si vous les consultez vous constaterez qu'ils seraient heureux d'avoir un médecin qui parlerait leur langue.

M. le Dr Dubé, de Montréal, remercia M. Bourassa des bonnes paroles qu'il avait eu à l'adresse des membres du Comité chargés par la Société Médicale de Montréal de faire une étude du Bill Roddick.

"Ce comité dont mon ami Boulet et moi faisons partie, s'est prononcé carrément contre le Bill Roddick, dans sa forme première, et, je vous prie de le remarquer, ce n'est qu'après avoir dit qu'il fallait, à tout prix, s'adresser d'abord à notre législature provinciale pour obtenir une licence interprovinciale, que nous avons conseillé, en cas d'insuccès, de retourner à la Chambre Fédérale avec un Bill Roddick modifié. Ce nouveau Bill Roddick n'est pas parfait malgré toute notre bonne volonté; peut-être qu'avec l'aide de M. Bourassa et de jurisconsultes aussi distingués, il serait facile de le rendre convenable. Je sais que M. le Dr Roddick, quelles qu'aient été ses intentions premières, est disposé maintenant, à retrancher de son projet de loi tout ce que l'on

voudra pourvu que l'idée d'un Bureau Fédéral. dispensateur de la licence interprovinciale, reste intacte.

M. le Dr Powers, de Rockland, Ontario, possède à la fois la licence pour Ontario et Québec. Il dit que le travail qu'il a dû accomplir en vue de ces deux examens a été considérable et qu'il voudrait les éviter aux autres générations de médecins, Il ne peut comprendre pourquoi M. Bourassa s'oppose avec autant de force au Bill Roddick et il lui demande si cette loi ne sera pas en force le jour où elle sera votée par les autres Provinces en dehors de Québec.

M. Bourassa, lui répondit que non! " Le Bill Roddick, dit-il, est anti-constitutionnel, et, quand même toutes les provinces l'accepteraient il n'en resterait pas moins anti-constitutionnel, précisément parce que ces mêmes provinces n'ont pas le *droit*, en vertu de l'acte Britannique de l'Amérique du Nord, de déléguer à la chambre Fédérale leurs charges et privilèges en matière d'éducation.

La conférence de M. Bourassa et la discussion qu'elle a provoquée parmi les membres présents ont créé une bonne impression. Tous les médecins se sont engagés à travailler ferme à obtenir une législation provinciale en lieu et place du projet de Loi Roddick.

LES DÉLÉGUÉS

MM. BOULET ET DUBÉ.

---



## NEUROLOGIE

---

LES PSYCHOSES HÉPATIQUES.—M. DUPAIN a présenté récemment à la Société Médico-Psychologique de Paris un rapport sur "*Les Psychoses Hépatiques*," de M. le DR. LUIGI MONGERI. Nous croyons devoir donner ce rapport en son entier, vu l'intérêt et l'importance de la question.

Dans les premières parties de ce travail, l'auteur expose que l'idée d'une intoxication de l'organisme humain par la rétention des produits qui s'élaborent dans son intimité date des premiers temps de la médecine. Les anciens médecins avaient examiné et étudié chez les malades l'élimination de la sueur, de l'urine, de la bile, et sur ces observations ils basaient, en grande partie, leur pronostic. Dans les temps modernes, cette idée de l'intoxication de l'organisme humain acquiert une importance beaucoup plus grande. L'organisme humain est une véritable officine de poisons ou s'élaborent journellement, en quantité, des éléments nocifs. Cet organisme est donc constamment exposé au danger d'une intoxication, à laquelle il succomberait facilement, si ce danger n'était pas conjuré par la présence de viscères chargés d'éliminer ou de transformer ces produits toxiques. Tant que ces viscères fonctionnent régulièrement, la santé se maintient satisfaisante; mais la plus minime altération fait apparaître des troubles fonctionnels de diverse nature, principalement du système nerveux. Il suffit, par exemple, de citer le trouble intellectuel produit par l'ablation de la glande thyroïde, les modifications du caractère après la castration, les phénomènes graves d'intoxication dans les maladies rénales.

L'auteur se propose d'étudier plus spécialement les troubles nerveux d'origine hépatique. Il rappelle l'importance considérable du foie dans l'économie. Le foie n'est pas un simple obstacle interposé entre le tube digestif et le reste de l'organisme. Son action n'est pas limitée à émulsionner les corps gras, à fournir au sang la quantité de glycérine nécessaire à la vie, mais il a encore pour office de neutraliser et de détruire les principes toxiques provenant de l'estomac et de

l'intestin, qui sont les déchets du travail cellulaire. L'importance de l'intégrité des fonctions du foie est donc très grande, surtout au point de vue de son action sur les toxines? les toxalbumines. Le travail de notre confrère a pour objet l'étude de cette forme mentale qui doit être attribuée, d'après lui, à un fonctionnement imparfait de la glande hépatique. Cette remarque n'est pas neuve, dit-il, puisque le Père de la médecine considérait l'*atrabile* comme la source de nombreuses maladies physiques et psychiques. Puis, passant aux auteurs modernes, le Dr. Mongeri cite le travail publié en 1892 par notre collègue, M. Klippel, dans les *Archives générales de Médecine* sur la folie hépatique; et son deuxième mémoire de 1894, sur l'origine hépatique de certains délires alcooliques, dans lequel M. Klippel démontre que le délire des alcooliques n'est pas dû simplement à l'alcool, mais bien à la cellule hépatique qui, lésée par l'alcool, n'est plus en état de s'opposer à l'auto-intoxication. Le malade délire surtout comme frappé dans son foie, devenu insuffisant. Le pronostic de sa maladie, comme son traitement, relève de l'état de la cellule hépatique. Le Dr. Mongeri cite encore la communication de notre collègue, M. Vigouroux, à votre Société, sur les délires d'origine hépatique. Connaissant ses travaux sur la question, le Dr. Mongeri s'est proposé de faire l'examen spécial du foie et de ses fonctions chez les malades confiés à ses soins dans l'hôpital américain du Saint-Sauveur, à Constantinople, et il a constaté que des lésions fonctionnelles de la glande hépatique étaient, chez les aliénés, bien plus fréquentes qu'il ne l'avaient pensé. Il croit pouvoir affirmer que les psychoses d'origine hépatique se présentent avec deux types bien distincts. Le premier ressemble beaucoup à la forme classique de la mélancolie avec stupeur. Le malade présente l'aspect mélancolique, et les idées tristes peuvent être assez accentuées pour provoquer le dégoût de la vie, et par suite, les tendances au suicide. Le second type présente les caractères d'un délire hallucinatoire aigu, soit avec exaltation, soit avec dépression psychique, mais toujours accompagné de confusion mentale. Souvent, ces deux formes se succèdent, ou, pour mieux dire,

souvent la forme maniaque fait suite à la forme mélancolique. Le premier type a, d'ordinaire, un pronostic heureux, mais on ne peut en dire autant du second, surtout lorsqu'il se présente d'emblée et non comme faisant suite au premier type.

Outre ces manifestations psychiques variées, ces malades présentent tous les symptômes d'une insuffisance hépatique atténuée: teinte subictérique, asthénie générale, troubles gastro-intestinaux variés, anorexie, fétidité des déjections alvines. L'analyse de l'urine démontre ordinairement la présence de l'urobiline, une diminution dans la sécrétion de l'urée, et une augmentation d'acide urique. Dans ces cas, la glycosurie alimentaire est positive.

L'auteur pense que la forme maniaque de la folie hépatique est due très probablement à l'action sur la cellule corticale d'une substance toxique analogue aux alcaloïdes végétaux, qui pénètre dans la grande circulation à cause de l'insuffisance fonctionnelle de la glande hépatique (insuffisance biliaire).

En somme, la constatation d'un cas de psychose hépatique conduit à trois indications: reconnaître la lésion hépatique, cause de l'insuffisance du foie; déterminer si la maladie mentale est due à l'insuffisance biliaire ou sanguine; chercher à éliminer de l'organisme l'agent pathogène.

\* \* \*

RECHERCHES SUR L'ISOPRAL COMME HYPNOTIQUE ET SEDATIF. — *L'isopral* est un corps de la série du chloral. Il a un goût camphré, se dissout à 3 pour cent dans l'eau, facilement dans l'alcool. À donner en tablettes, ou sa solution alcoolisée. Dose: de 0.25 à 1 gramme, jusqu'à deux fois par jour. Il agit bien dans les grandes agitations motrices, dans les cas d'insomnie, spécialement dans les états dépressifs; assez utile contre l'insomnie par douleur. Action incertaine chez les individus qui recherchent les hypnotiques. À éviter peut-être dans les affections cardiaques, car il agit sur le cœur (arythmie, ralentissement du pouls). Pas d'effets consécutifs, sauf sensation de paralysie avant le sommeil, et parfois céphalalgie consécutive. L'action hypnotique survient en une demi heure à une heure. (*Ransohoff in Rev. M.*)

\* \* \*

UN MOYEN EPILEPTO-FRÉNATEUR HÉROÏQUE; LE DECUBITUS LATERAL GAUCHE. — En mai 1904, MACCONAGHEY signalait, dans le *British Medical Journal*, une méthode d'arrêter les attaques épileptiques. Elle consiste à tourner rapidement sur le côté gauche et à maintenir dans cette position le malade en proie à une attaque convulsive. Depuis, J. CROCC, dans une communication au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Pau, donne les résultats qu'il eut dans l'application de ce procédé. Il n'a vu aucun accès résister à cette pratique, pourvu qu'on l'applique au début de la période toxique. Il a pu aussi se convaincre que non seulement la fréquence des accès a diminué, mais encore que leur intensité s'est affaiblie. Il est persuadé que nous possédons dans le décubitus latéral gauche un moyen héroïque d'arrêter les accès d'épilepsie et peut-être aussi un procédé de nature à diminuer leur fréquence et leur intensité.

\* \* \*

ÉTIOLOGIE DU TABÈS ET LE RAPPORT ENTRE LE TRAUMA ET LE TABÈS. — Travail basé sur les cas observés dans la clinique médicale de Breslau, de 1892 à 1902. La statistique porte sur 128 cas de tabès, dont 102 hommes et 26 femmes. Chez 83 malades, soit 64,8 pour 100, la syphilis a procédé l'éclosion du tabès; chez 45 malades, soit 35,2 pour cent, la syphilis n'a pu être prouvée. Les hommes présentent 1 pour 100 de syphilis plus grand (67,8 pour cent) que les femmes (54 pour 100). L'auteur conclut de ces chiffres que le tabès est la conséquence de la syphilis malgré que, dans 17, pour 100 des cas, on n'a pas pu préciser la véritable cause du mal, et on a dû forcément, rattacher la maladie à des causes variées comme le froid, la tare héréditaire, le tabac, l'alcool. Dans 3,9 pour cent on notait, dans les antécédents, syphilis, trauma; dans 3,9 pour 100, seulement trauma. L'auteur n'admet pas l'existence de tabès traumatique dans le sens strict du mot. Dans tous les cas où le tabès paraît être provoqué par le trauma, ce dernier n'est qu'une cause prédisposante et nullement une cause provocatrice. Le trauma crée dans l'organisme un terrain propice à l'action élective de l'agent nocif du tabès; il peut aussi provoquer le tabès chez un prédisposé, ou bien mettre en évidence un tabès latent et empirer un tabès préexistant. — (*Schittenhelm in Rev. Nodr.*)

E. P. CHAGNON.

## INTERETS PROFESSIONNELS

### LE COLLEGE DES MEDECINS A QUEBEC (1)

Si vous voulez bien me le permettre je vous ferai un résumé sommaire de notre dernière réunion du Bureau des Gouverneurs.

Tout d'abord, il y eut une lutte sourde, concernant la nomination des officiers, du Président surtout. Un certain groupe désirait placer M. le Dr Brochu à la tête du Bureau, j'ai cru constater que c'était la simple question des sextionalisme. L'unique raison alléguée fut qu'il y avait assez longtemps que M. le Dr Lachapelle était président; argument que l'on peut résumer: "*A chacun son tour.*" Les membres ont pensé, et avec raison je crois, que d'autres arguments primaient ces motifs de clocher. Nous avons choisi celui qui, dans notre opinion, pouvait rendre le plus de services au Bureau, c'est-à-dire, celui dont l'autorité auprès des gouvernements, etc., était la moins contestée. Nous avons considéré que cette charge de Président était, à certains points de vue, aussi onéreuse qu'honorable, ce qui fait qu'il ne doit pas y avoir de tour de rôle. Et puis, nous avons encore plusieurs réformes importantes à opérer, lesquelles réformes ont été proposées par le dernier Bureau; aux mêmes officiers revient de droit le devoir de parfaire ce programme. Pour ces diverses raisons, nous avons cru devoir réélire tous les mêmes officiers, sauf ceux qui sont disparus.

Dès l'ouverture de la première séance, chaque membre eut à sa disposition une copie des Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, 1904. Ces règlements ont été sanctionnés par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil et ont force de loi. Je regrette toutefois que la loi médicale avec ses amendements ne soit pas contenue dans la même brochure; car, malgré que ces règlements soient basés sur la loi, il sera parfois assez difficile d'en faire l'application.

(1) Communiqué à l'Association Médico chirurgicale du district de Joliette, séance du 12 décembre 1904.

Ainsi vous verrez à la page 24, etc., quels sont les droits et pouvoirs d'un conseil de discipline, la procédure à suivre pour aller devant ce Conseil, de même que les motifs permettant l'ouverture d'une procédure, etc.; cependant, il faut recourir aux Statuts pour trouver les moyens de sanction que ce Conseil de Discipline a à sa disposition pour faire exécuter ses jugements. — Plusieurs lacunes de ce genre font que ces règlements sont incomplets. Toutefois, nous avons eu la promesse des officiers nouveaux que l'on ferait sous peu une refonte de nos lois; que la loi médicale avait besoin de certains amendements, et qu'après cela, règlements et loi médicale refondus seraient imprimés et distribués à chacun des médecins de cette Province.

Ces règlements ont été tirés à 500 exemplaires; l'on s'en est tenu à ce nombre limité pour les raisons que je vous ai exposées plus haut. — Je conseillerais donc à ceux qui, parmi vous, aimeraient à en posséder un exemplaire, de vous adresser aussitôt que possible à M. le Dr Marsolais, Régistrare.

#### CONSEIL DE DISCIPLINE.

Je suis heureux de vous annoncer, Messieurs, que nous avons organisé le Conseil de Discipline dont je vous parlais tantôt et ce Conseil est prêt à recevoir les plaintes de chacun des membres de notre profession. J'ose espérer que cette institution aidera grandement à relever le niveau moral, de même que l'honorabilité professionnelle. A tout événement, ce Conseil aura toujours le droit de rejeter hors notre sein les brebis galeuses. A ce sujet, je crois que nos associations de District pourraient prendre avantage de la création de ce Conseil pour exercer un contrôle effectif sur les rapports confraternels, les devoirs professionnels de chacun des médecins du District où une telle association existe. Et voici à mon sens comment l'on pourrait procéder:

La cause d'un membre accusé pourrait d'abord être instruite, soit par-devant un comité de l'association, ou soit en présence de tous les membres, en réunion régulière ou spéciale; et suivant le cas, l'association aura le droit de répri-

mande, d'exclusion temporaire ou définitive de son sein, ou même de prendre l'initiative de porter la cause devant le Conseil de Discipline Provincial. L'Association du District serait en quelque sorte un tribunal de première instance, et le Conseil de Discipline deviendrait alors tribunal d'appel. Nous avons ensuite adopté des résolutions pour réglementer le commerce des *drogues brevetées*, nous avons décidé de nous adresser à la Législature afin d'obtenir qu'à l'avenir le cours Universitaire de médecine soit de cinq ans, au lieu de quatre.

#### MANDAT DES GOUVERNEURS.

Une chose que je sou mets à votre attention, et sur laquelle il serait opportun que toute la profession médicale fut consultée, est un avis de motion par le Dr Quirck, si ma mémoire ne me fait pas défaut, étendant le mandat des Gouverneurs à *cinq ans au lieu de trois*, tel qu'il est actuellement. Mais, à moins d'avoir l'assentiment général des médecins de la Province ou au moins une manifestation non équivoque de l'opinion de la profession, laquelle manifestation pourrait être affirmée par les diverses associations de District, je ne pourrais prendre sur moi d'appuyer cette motion. Il ne nous appartient pas à nous, mandataires, de prolonger notre mandat; ce droit revient à nos mandants. C'est vous dire Messieurs que je sou mets cette motion à l'Association, et afin de pouvoir motiver froidement votre décision à ce sujet, je vous demanderai d'attendre à la prochaine séance, c'est-à-dire en mars prochain, pour donner l'expression de votre opinion.

#### ASSISTANCE AUX SOCIÉTÉS MÉDICALES ET CAISSE DE SECOURS MUTUELS.

Je passerai maintenant à un sujet qui provoqua une discussion assez animée: je veux parler du projet d'assistance aux sociétés médicales de district. Pour faire sommairement l'historique de cette question je vous dirai que, sur proposition de M. le Dr D. Pagé, le Bureau avait nommé à son assemblée de septembre 1902, un comité composé de Messieurs Brochu,

Sirois, Paquin, Pagé, et de notre ex-gouverneur M. le Dr Beaudry, avec mission d'étudier ce projet et de faire rapport à la réunion suivante.

En juillet 1903, ce comité, baptisé du nom de "Comité re Sociétés Médicales", fit rapport, et concluait ainsi: " Nous suggérons que le bureau octroie une certaine somme, annuellement, à toute société régulièrement organisée. "

Dans la discussion qui s'ensuivit, M. le Dr Brochu fit remarquer que ces sociétés ne veulent rien autre chose que ce que se propose le Bureau, c'est-à-dire l'avancement de l'instruction publique et professionnelle. Et, M. le Président Lachapelle de répliquer par ces paroles: " Jusqu'à quel point le collègue peut-il se départir du contrôle des fonds du Bureau, et comment et quand, peut-il venir effectivement en aide aux sociétés? Ce sont là des questions qui demandent réflexion, etc. " Et sur ce, le comité rapporte progrès et demande à être maintenu en charge. Accordé.

Et depuis, cette question est passée à l'état chronique; à chaque séance subséquente, le comité rapporta progrès, sans faire de progrès, jusqu'à l'expiration de ses pouvoirs.

Avec la nouvelle députation, M. le Président voulut bien réorganiser le comité re " Sociétés Médicales "; mais soit pour reconnaître l'importance de l'œuvre accompli par son prédécesseur, ou pour justifier son renouveau, l'on a compliqué la question préalable; le comité devra aussi faire rapport sur l'opportunité de la création d'une *caisse de secours mutuels*, pour tous les médecins de la Province. Et, chose étonnante, ceux des membres qui paraissaient d'abord hostiles au projet d'aider pécuniairement nos associations, semblaient favorables à la création de cette assurance mutuelle; et j'ai bien peur que l'on ait par cette quantité de questions hétérogènes, soumises à sa considération, engagé le comité re " Sociétés Médicales " dans une fausse voie, sinon dans une impasse. J'en suis encore à me demander pourquoi, sur le projet originaire de secours aux syndicats de District, l'on a greffé cet autre projet d'assurance mutuelle. Est-ce pour que ceci tue cela?



Chaque année l'on pourrait établir le montant à accorder aux sociétés, tandis que le montant à déboursier pour secours en maladie, ou primes à la mort, est très aléatoire. Évidemment, le Bureau n'a pas et n'aura jamais assez de fonds à sa disposition pour mener de front ces deux entreprises avec ses revenus actuels. Pour satisfaire aux exigences de ces deux objets, il faudra, pour parler le langage compris en temps d'élection, augmenter nos taxes, partant, révolutionner tout notre système économique; tandis que l'idée des promoteurs du projet originaire était simplement de distribuer le surplus des recettes du Collège, sur ses dépenses, à nos associations. Je ne puis m'expliquer les réserves de notre Président M. le Dr Lachapelle à ce sujet, tandis que je concours entièrement dans les remarques de M. le Dr Brochu.

Du reste, l'objet du Collège des Médecins est parfaitement défini dans le préambule de notre charte. L'acte médical de juillet 1847 débute par ces mots: "Attendu qu'il est grandement à désirer que la profession médicale du Bas-Canada soit mise sur un pied plus respectable et plus efficace, à la fois", etc. Et nos syndicats de Districts ne sont-ils pas spécialement organisés pour mettre la profession "sur un pied plus respectable et plus efficace" ?

A ce sujet, Messieurs, je souhaite sincèrement que chaque district de notre Province ait une association médicale. Vous êtes à même de juger du bien que ces groupements peuvent faire à la profession, par les progrès réalisés dans notre district depuis que nous jouissons d'une association active. Je dirai plus, ces associations comblent une lacune; elles sont nécessaires à notre existence professionnelle.

Trois classes de groupements concourent, dans notre Province, à ce progrès professionnel:

1. Le Collège des Médecins, lequel régleme notre régie interne, accorde en quelque sorte à chacun de ses membres une protection légale;
2. Les Congrès, dont le rôle est de calculer nos forces, de rassembler nos efforts, de compter nos travailleurs;
3. Enfin, nos associations, dont la mission est à mon sens

beaucoup plus complexe, et non moins importante pour l'avancement du progrès scientifique et de nos intérêts matériels. Ces groupements épars peuvent servir à l'unification des grands mouvements et à la communauté d'efforts, lorsqu'il s'agit d'intérêts concernant la profession entière. Si chaque district avait une association médicale en pleine activité, et si ces associations se connaissaient mieux, possédaient un lien commun, entretenaient des rapports continus, des injustices, des attentats à nos droits acquis, comme en a commis le fameux Bill Taschereau, ne pourraient se répéter à l'avenir.

A cette fin, et à cause de l'intérêt tout particulier que je porte à nos sociétés locales, je voudrais si possible augmenter leur influence, l'importance de leur rôle, en même temps que leur donner de la vitalité et de la stabilité. A ce sujet, je sou mets l'idée suivante, que j'aimerais voir prise en considération par toutes les sociétés sœurs de la Province. Ne serait-il pas avantageux de se faire donner une existence légale par la Législature? Un acte général, qui accorderait une charte à toutes les associations de districts, nous conférant le privilège de recevoir, de posséder, nous accordant même certains pouvoirs tels : le droit de faire un tarif de district, etc., une telle loi n'est-elle pas désirable, tant au point de vue de notre avancement scientifique qu'à celui de la protection de nos intérêts personnels? C'est un projet que je vous sou mets; au temps et à l'étude appartiennent le droit d'en décider.

En attendant, je vous ai dit que notre comité de législation aurait à se présenter à la Législature, pour faire amender notre loi médicale. Que ceux qui, parmi vous, ont quelques rapports avec nos députés ou quelqu'influence sur eux, veuillent bien employer cette influence au bénéfice de notre profession en secondant les efforts de notre Bureau afin d'obtenir justice de la députation. Nous avons placé la communauté de nos intérêts entre les mains du Bureau, mais il est nécessaire que nous lui prêtions main-forte, si nous voulons qu'il triomphe de la mauvaise volonté ou des préjugés qui existent malheureusement trop souvent au sein de nos parlements.

Messieurs, j'ai eu l'honneur de présenter les résolutions que notre association avait adoptées, à l'instigation de notre secrétaire, au sujet de l'importation de maladies contagieuses par l'immigration d'étrangers peu désirables. Notre programme étant surchargé, cette question n'a pu être étudiée minutieusement, mais, tout de même, l'attention du public médical et des autorités législatives est de ce fait mise en éveil.

Je ne puis prendre mon siège, Messieurs, sans vous remercier sincèrement de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant gouverneur de notre district. Ne doutez pas, que je mette dans l'accomplissement des devoirs de ma nouvelle charge, tout le zèle, tout le dévouement dont je suis capable. Et laissez-moi vous féliciter de l'heureux choix que vous avez fait du Président qui m'a remplacé.

Notre société est en pleine voie de prospérité; réorganisée depuis un an, à peine, elle compte déjà parmi ses membres les trois quarts de médecins de notre district; mais si ma voix pouvait se faire entendre de ceux qui ont négligé de se joindre à nous, je leur dirais: "Entrez mes amis dans notre association, nous avons besoin de votre concours, et ce, dans votre intérêt personnel, dans l'intérêt de votre famille, dans l'intérêt de la société; car, à notre époque, l'association est l'un des plus puissants moyens de s'imposer au respect public, et l'un des facteurs les plus importants du développement de nos ressources intellectuelles et matérielles."

ALBERT LAURENDEAU,

St-Gabriel de Brandon,  
décembre 1904.

---

## LE BANQUET DE LA PROFESSION MEDICALE

LE 21 FÉVRIER 1905.

A une des dernières séances de la Société Médicale, il fut décidé, à l'unanimité, d'avoir un banquet où tous les médecins de la Ville et du District seraient conviés.

Les officiers de notre société se sont entendus avec un comité nommé par la "Montreal Medico-Chirurgical Society" et les deux sociétés sœurs vont travailler en commun au succès de ce dîner qui deviendra annuel, espérons-le.

Qui ne se rappelle les succès de 1903 et de 1904 lors du Congrès? et pourtant nous n'étions, là, que des confrères parlant la même langue. Que sera-ce lorsqu'on verra autour d'une même table les fils d'Albion voisinant, coude à coude, avec les descendants des Patriotes de "37".

Il faut se reporter à quatre années en arrière pour avoir une idée de ce que sera la banquet de 1905. Nous nous souvenons de la bonne impression laissée dans l'esprit de tous les convives présents au dîner offert, au Viger, à ces vieillards toujours jeunes, MM. Rottot, Hingston et MacCallum, en l'honneur de leurs cinquante années de clientèle. Anglais et Français ont alors compris tous les avantages comme tout l'intérêt qui résulteraient de telles réunions si, par bonheur, elles devenaient plus fréquentes.

Comme toutes les bonnes choses, l'idée d'une telle réunion de la profession médicale tant anglaise que française a fini par trouver son promoteur, qui l'a vite menée à bien.

Le distingué Président de notre Société, M. le Docteur O.-F. Mercier, a suggéré qu'il faudrait réunir autour de la même table tous les médecins de Montréal sans distinction d'origine. Cette heureuse idée fut adoptée avec enthousiasme; nos confrères de la "Montreal Medico-Chirurgical Society" ont été approchés et c'est avec empressement qu'ils ont donné leur adhésion au projet.

Deux comités représentant les deux sociétés, ont déjà terminé le travail d'organisation et le plus franc succès ne peut manquer de couronner leurs efforts.

Nous prédisons qu'il y aura, au moins, 350 médecins qui, ce soir-là, boieront à la santé d'une entente aussi cordiale que sin-

cère entre les groupes de médecins de l'Est et de l'Ouest de notre bonne ville et des autres districts qui y seront représentés.

Ces agapes fraternelles, qui auront lieu le mardi, 21 février prochain, seront présidées par M. le Professeur E.-P. Lachapelle. C'est bien, en effet, au vaillant Président du Collège de Collège de Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, le défenseur de nos intérêts professionnels, que revient l'honneur de présider ce banquet qui est celui de toute la profession et non celui des Sociétés médicales qui n'en sont que les organisatrices.

Cette fête de famille inaugurera, nous en sommes certains, la série des réunions annuelles du corps médical anglais et français et c'est pour cette raison que nous faisons, ici, un chaleureux appel à tous les confrères de la ville et de la campagne afin que, le 21 février, ils considèrent comme un devoir de se joindre à leurs amis.

— Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce dîner aura lieu au Windsor, le 21 février prochain, à 7½ du soir.

Le coût du billet en a été fixé à \$3.00.

Nous engageons amicalement nos collègues et amis à se remémorer cette date et à faire parvenir à M. le Docteur A. Ethier, 320, rue St-Denis, Trésorier du comité Français, le montant de leur cotisation. Un billet donnant droit d'entrée à la salle du banquet leur sera adressé sur réception des trois dollars.

*Communiqué.*

## SOCIETES

### SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 20 Décembre 1904.

Présidence de M. MARIEN.

*Monsieur le docteur Roy* demande la permission de répondre aux remarques que *M. Foucher* a faites à la dernière séance.

Il prouve par les rapports de l'Hôpital Général et de l'Hôpital Victoria des dix dernières années qu'il n'est fait aucune mention de l'évidement pétro-mastoïdien.

*M. Roy* s'appuyant sur les écrits de *M. Lermoyez*, un des maîtres les plus brillants de l'Europe, prouve que cette opération date de 1891 et qu'en conséquence elle ne se fait que depuis treize ans. — Quant aux rapports officiels du service de monsieur le professeur *Foucher* il n'est fait aucune mention de l'évidement pétro-mastoïdien. Ces derniers rapports servent aussi de réponse au *Dr St-Denis*. En donnant l'historique de cette opération par le *Dr Lermoyez*, *M. Roy* lui prouve qu'il n'y a pas de méthode de *Lubet-Barton*, ni de méthode de *Lermoyez*.

*M. Foucher*: en réponse dit que dans les rapports de l'hôpital Notre-Dame sous le nom de trépanation mastoïdienne on a toujours compris toutes les variétés de trépanation qui se font sur cette région.

L'absence de mention d'évidements pétro-mastoïdiens ne prouve pas que ces opérations n'ont pas été pratiquées déjà.

*M. Duhamel* ajoute quelques remarques relativement aux origines de l'opération de l'évidement pétro-mastoïdien.

*M. Lassalle*: Je me rappelle très bien que *M. le docteur Foucher* m'a demandé quelques mois avant le Congrès de juin dernier si j'avais quelques opérations d'iritis rhumatismale traitée par les injections sous-conjonctivales de salicylate de soude.

Je ne lui ai pas donné d'observations parce que à ce moment je n'avais sous mes soins aucun malade atteint d'iritis rhumatismale; je dois ajouter que *M. Foucher* ne m'a jamais chargé de demander des observations au *Dr Roy* pour sa communication.

M. Roy, trouve étrange d'entendre dire par M. Foucher que les rapports officiels de son service n'ont aucune importance et qu'ils ne sont pas exacts. Il est d'autant plus étonné que quelques-uns de ces rapports sont signés par M. Foucher.

En terminant, M. Roy fait remarquer qu'on ne saurait vraiment lui reprocher d'avoir réclamé la priorité de cette opération chez les Canadiens puisque les statistiques officielles de tous les hôpitaux de la ville sont absolument muettes au sujet de cette opération de haute spécialité dont se réclament avec une légitime satisfaction même les maîtres en otologie.

#### PIECES ANATOMIQUES.

I. M. MERCIER (Alphonse), présente des pièces anatomiques :

(a) Un cas de *fracture du crâne*: caillot *intra-crânien* considérable, Hémorrhagie *intra-méningée*.

(b) Un cas d'*hydronéphrose double*, avec un utérus très gros couvert de bosselures que semblent être des fibrômes.

(c) Un cœur dont la valvule mitrale présentait une végétation énorme avec *anévrisme de la crosse de l'aorte*.

II. M. ST-JACQUES présente aussi un énorme *anévrisme de la crosse de l'aorte*.

#### COMMUNICATIONS.

I. M. ST-JACQUES: lit l'histoire clinique et les détails de l'opération de *deux cas d'appendicite à évolution atypique*. Il fait suivre sa communication des conclusions pratiques suivantes :

1° Toute attaque subite de péritonite sans que l'on puisse relever dans les antécédents immédiats, d'entérite, de fièvre typhoïde, de grippe, d'infection génitale, ou de toute autre maladie infectieuse doit être rattachée à l'appendice comme cause.

2° Parfois l'appendicite donne ses symptômes locaux soit au voisinage de l'ombilic ou même tout à fait et presque exclusivement à gauche.

3° Chez les enfants le danger de complication du côté des méninges étant considérable, doit faire réserver le pronostic.

## DISCUSSION.

M. DE MARTIGNY (François), approuve pleinement les conclusions que M. St-Jacques tire des deux cas intéressants d'appendicite atypique qu'il vient de communiquer.

Dans l'un la douleur était péri-ombilicale au lieu d'être au point classique. Ce symptôme dans ce cas est très bien en concordance avec l'opinion quelque peu paradoxale de certains auteurs qui prétendent que dans l'appendicite jamais la douleur est au point de Mac-Burney. Sans aller aussi loin, il est bien entendu que ce symptôme de la douleur manquant au point de MacBurney, n'est pas suffisant pour faire rejeter le diagnostic d'appendicite. Cela se conçoit facilement en se reportant à l'anatomie de l'appendicite et à l'embryologie du Cæcum.

M. de Martigny a opéré un cas d'appendicite chez une jeune fille de vingt trois ans qui seaignait exclusivement de ressentir une douleur dans la fosse iliaque gauche.

L'appendice renfermait des corps étrangers et une ulcération à l'emporte pièce

Un confrère me rapportait tout à l'heure, ajoute M. de Martigny, l'histoire d'un de ses petits malades, où il avait porté le diagnostic d'appendicite suppurée, malgré la douleur à gauche.

Malheureusement le chirurgien appelé ne confirma pas son diagnostic; à l'autopsie, on trouva un appendice à type sous-cæcal.

Quant à l'expectative armée, M. de Martigny est convaincu que M. St-Jacques sera de son avis pour la condamner très énergiquement tout au moins dans l'appendicite à répétition. S'il avait pu opérer sa petite malade après la troisième crise, il l'aurait infailliblement guéri.

M. DUBÉ: Chez un malade jeune, n'ayant pas de passé génital, et présentant une péritonite aigüe on peut presque à coup sûr, dans l'immense majorité des cas, affirmer que l'on se trouve en présence d'une péritonite appendiculaire.



*Séance du 10 Janvier 1905*

Présidence de M. MERCIER.

*Présentation de malades.*

I. M. MERCIER (Oscar) présente devant la Société une malade âgée de 48 ans portant au niveau du poignet gauche un anévrisme de la radiale. Cette tumeur se serait développée spontanément il y a environ 20 ans : de la grosseur d'un marbre au début, elle a atteint son volume actuel déjà depuis plusieurs années.

L'observation clinique de ce cas sera rapportée dans un des prochains numéros de l'Union Médicale.

#### COMMUNICATIONS.

I. M. LESAGE : Un cas d'œdème cérébral avec hydropisie des ventricules latéraux. (Voir plus haut).

#### DISCUSSION.

I. M. FOUCHER : porte la parole à propos de la ponction lombaire comme moyen de traitement de l'œdème cérébral et spécialement de la névrite œdémateuse. (Voir plus haut).

II. M. PARIZEAU : Obstruction intestinale avec invagination, opération et présentation de pièces.

Cette communication sera publiée dans un prochain numéro de l'Union Médicale.

Il est décidé, qu'à l'avenir, seront considérés comme rapports officiels, les seuls procès-verbaux de chaque séance consignés dans le cahier des comptes-rendus de la Société.

ALBERT LARAMÉE.

## ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

---

*Séance du 12 Decembre 1904.*

Présidence de M. J.-J. SHEPPARD.

Membres présents: MM. Laurendeau, Lippé Barolet, Picard, Laporte, Archambault, Bernard, L'Africain, Aumont.

Le Comité in re " Hôpital à Joliette " rapporte progrès et fera rapport à la séance prochaine.

Proposé par M. le Dr Bernard, appuyé par M. le Dr Laporte: Que le Secrétaire soit autorisé à écrire au Régistrare du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pour obtenir l'autorisation, en faveur de l'Association Médico-Chirurgicale du D. de Joliette, de poursuivre au nom du Collège des M.-C. les charlatans et tous ceux qui enfreignent la loi médicale, et aussi la permission de garder les amendes pour faire plus tard d'autres poursuites aux risques et périls de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette. Adopté.

Monsieur le Gouverneur Laurendeau fait un rapport très intéressant sur la môle hydatique produite à la dernière séance par M. le Dr Lippé de St-Ambroise; et aussi sur l'assemblée des Gouverneurs du Collège des M. et C. de la P. Q., tenue au mois de septembre, à Québec. (Voir plus haut).

Il est proposé par M. le Dr L'Africain, appuyé par M. le Dr Laporte:

Que des remerciements soient votés par les membres de l'Association à notre Gouverneur M. le Dr Laurendeau, pour dévouement comme Gouverneur du Collège des M. et C. représentant le District de Joliette.

La prochaine assemblée de l'Association aura lieu à Joliette, à 11 heures P. M., le 13 de mars 1905.

J.-M. AUMONT, M. D.,

Secrétaire-Trésorier de l'Association Médico-Chirurgicale  
du District de Joliette.

---

Le 3 janvier dernier, le docteur Z. Rhéaume, chirurgien à Valleyfield, réunissait à sa table un groupe de confrères de la localité et des alentours. Étaient présents : MM. les Drs Besner, de Grandpré, Groulx, Lefebvre, Lussier, Ostigny, gouverneur, Roy, St-Onge, Sutherland, tous de Valleyfield ; Desgroseliers, de Beauharnois, et Lamarche, de St-Éimothée.

La réunion fut joyeuse et profitable aux intérêts médicaux du district de Valleyfield.

Plusieurs santés furent proposées auxquelles on but avec beaucoup d'enthousiasme.

Le docteur Rhéaume en répondant à sa santé a fait remarquer qu'il regrettait que l'étroitesse de sa table ne lui permette pas de réunir tous les confrères de son district.

En terminant il a suggéré l'idée de se grouper en "*association médicale*." Presque tous les médecins présents ont adressé la parole et abondèrent dans le sens du Dr Rhéaume.

Après les intéressantes remarques des différents orateurs, il fut proposé par le Dr Ostigny, que tous les médecins présent fassent partie d'un comité qui formera une constitution de société médicale. Cette proposition fut adoptée à l'unanimité.

L'élection des officiers se fera plus tard.

On peut donc dire dès maintenant que Valleyfield possède sa société médicale.

(Communiqué).

---

#### DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Nous apprenons avec un vif plaisir que M. le Dr Harwood a été reçu membre de la *Société d'Urologie* de Paris ; et que M. le Dr Dubé a été nommé membre correspondant de la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*.

Nous félicitons les deux titulaires des charges nouvelles qui leurs sont échues. Leurs travaux les désignaient à l'attention de leurs confrères d'outre-mer, que nous félicitons de leur choix.

## ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA

---

*Deuxième réunion semestrielle. Séance du 18 Janvier 1904.*

Présidence de M. ROBILLARD, Thurso.

*"Un pour tous; tous pour un."*

La deuxième réunion de l' "A. M. D'O." a eu lieu le 18 janvier, à Buckingham, dans les salles de l'Hôtel-de-Ville.

Étaient présents Messieurs les docteurs J. Robillard, Thurso; G. Paquette, Edmond Aubry et Josaphat Isabelle, Hull; N. Desrosiers et M. Power, Rockland; H. Beaulne, Hartwell; A. Aubry, Ripon; A. Syneck, Gracefield; Eugène Mackay, Papineauville; Maxime Bélanger, Montebello; E. Viau, Masson; V. Désy, East-Templeton; O.-J. Metcalf, Thurso; A. Sicard et Alex. Rodrigue, Buckingham, ainsi que M. Edm. Dubé et Boulet, délégués spécialement par la Société Médicale de Montréal auprès de notre association ce jour-là. Nos deux confrères de Buckingham: Alex. Rodrigue et A. Sicard, dont l'affabilité n'est ignorée d'aucun de nous, avaient multiplié leurs efforts pour préparer à nos doctes sociétaires une réception éclatante! Aussi, suis-je heureux de leur dire aujourd'hui, qu'ils ont pleinement atteint leur but, et que même ils ont dépassé nos espérances; car notre surprise et notre joie, à tous, furent grandes, de trouver à notre entrée à l'Hôtel de Ville, une salle littéralement comble. Tous les principaux citoyens de la ville, tous les notables du district d'Ottawa étaient rendus au poste, pour saluer notre arrivée. Je mentionnerai au hasard les noms de M. A. Perroton, Préfet du Comté, M. Ph. DeVarenes, Régistrateur du Comté de Labelle, F.-A. Gendron, M. P. P., pour le Comté d'Ottawa, J.-A. D'Amours, avocat; Ivon Lamontagne, avocat.

Messieurs les Conseillers de la Ville de Buckingham: l'avocat J.-C. Langlois; l'avocat F.-A. Beaudry; notaire A. Guy et grand nombre d'autres, en tout 150 personnes, désireuses d'entendre le député de Labelle, M. H. Bourassa; car il n'était ignoré de personne que sa conférence sur la loi *Roddick au point de vue constitutionnel* devait avoir lieu séance tenante.

Je laisse à M. le docteur Edm. Dubé; puisqu'il en a l'obligance, le soin de vous donner un compte-rendu détaillé des paroles de notre conférencier et, pour ma part, je me contenterai d'offrir les vœux et les félicitations de notre association au brillant député qui s'est acquis des droits à la reconnaissance du corps médical de cette province, pour l'avoir mis en garde contre certaines clauses du bill Roddicic, qui demandaient à être détruites ou fortement amendées par notre Collège et ne le sont pas encore suffisamment, (dans le projet de réforme actuel du Bill), pour être acceptables, sans que nous courrions l'affreux risque d'avoir à sacrifier plus tard beaucoup de notre autonomie en matière d'instruction primaire.

— Passons maintenant aux travaux scientifiques de notre Association :

I. M. le docteur G. Paquette, de Hull, fit une lecture sur la tuberculose. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements et nos félicitations. Pour notre part, nous ne lui connaissons pas ce talent de conférencier. Il a captivé son auditoire. J'espère qu'un résumé succinct de ce travail sera prochainement publié dans l'Union.

M. le docteur Edm. Aubry, V. P., fit ensuite une lecture sur la "*pleurésie purulente*." Un résumé de ce joli travail mériterait d'être reproduit. M. Edm. Dubé, nous fit ensuite quelques observations sur la prophylaxie de la tuberculose et cita l'exemple de la ville de Sherbrooke qui a plus fait, pour lutter contre les envahissements de la tuberculose que Montréal même, en établissant, autour de la ville un *cordon sanitaire*, afin d'arrêter les progrès de la tuberculose dans les compagnes avoisinantes. "Si vis pacem, para bellum." Il devait y avoir, dit-il, dans la ville de Hull (population 17,000 âmes), une ligue antituberculeuse et vous devriez suivre l'exemple de Montréal et de Sherbrooke, en copiant, pour atteindre ce but, le mode d'administration des grandes institutions du genre, établies à New-York et à Philadelphie.

Ces conseils, que nous a donnés M. le docteur Dubé, porteront fruit, qu'il nous soit permis de l'espérer. M. le docteur Edm. Aubry, V.-P., de notre association et dont nous venons

d'apprendre, avec une légitime fierté, la récente promotion à la mairie de la ville de Hull ne saurait manquer, avec l'esprit de philanthropie qui le caractérise, d'user de toute son influence pour établir dans sa florissante petite ville, une ligue antituberculeuse.

M. le docteur Boulet nous fit ensuite une courte allocution, toute remplie de bon sel gaulois. Il félicite les membres de l'Association Médicale sur le bon ordre et l'harmonie qui règnent dans leurs rangs. " Il est à espérer, dit-il, que dans un avenir rapproché, chaque district de la province de Québec aura sa société médicale. Les avantages qu'en retirerait notre Collège seraient incontestables. " Il fut ensuite proposé par le Dr E. Désy, sec. par E. Aubry, V.-P., que des remerciements soient adressés à la Société Médicale de Montréal, qui a bien voulu honorer notre association en déléguant auprès d'elle, deux de ses plus brillants représentants.

Des votes de remerciements furent ensuite proposés en l'honneur des conseillers et autres notables du district qui ont daigné rehausser de leur présence l'éclat de notre réunion.

Des remerciements furent aussi votés à M. H. Bourassa. Puis M. le docteur A. Rodrigue et M. le docteur H. Beaulne, proposèrent que la prochaine réunion de l'Ass. D'O. ait lieu en juillet à Papineauville.

Vous me permettrez maintenant, monsieur le Rédacteur, d'offrir, en ma qualité de Secrétaire, des félicitations sincères aux confrères du district qui ne cessent de donner, par leur assistance régulière à toutes nos assemblées, des preuves irréfutables de l'intérêt qu'ils portent aux délibérations de notre société. Qu'ils veuillent bien croire à toute la reconnaissance que nous leur devons, pour l'appui franc et cordial qu'ils nous donnent en toutes circonstances.

Quelques confrères du haut du district ont entretenu des craintes chimériques à l'égard de la stabilité de notre association et ont préféré les douceurs de l' " *at home* ", au tumulte de nos réunions ! ! . . . A ces amis, plus sceptiques que St-Thomas et qui ne veulent pas voir afin de croire, nous dirons: " Venez au moins à une de nos réunions; et comme il est probable que

l'affabilité de vos confrères réunis vous remplira d'enthousiasme, vous aurez le loisir de dire au retour, comme César, (moins une petite variante !): je suis venu, j'ai vu, je suis convaincu! que l' " A. M. D'O. " vivra!"

La prochaine réunion aura lieu à Papineauville le 26 juillet prochain.

J.-E. D'AMOURS, M. D.

Papineauville.

*Secrétaire*

P. S. — M. le rédacteur de l'U. Méd.,

J'attire spécialement votre attention sur une résolution adoptée par nos sociétaires et que j'ai omis d'insérer dans ce rapport: L'Association Médicale du district d'Ottawa s'oppose formellement à l'adoption de cette motion demandant *la prolongation du terme d'office des Gouverneurs du Collège*, et qui sera soumise au vote lors de la prochaine réunion du bureau. Nous espérons, que toutes les autres sociétés Médicales protesteront dans le même sens. Si le terme d'office se prolonge de 3 à 5 ans, il est à craindre que le spectre menaçant de l'immovibilité de cette charge ne se dresse devant nous... qui sommes comme toujours, d'enrages pessimistes!...

Bien à vous,

J.-E. D'AMOURS.

---

#### NOUVELLE

Il nous fait plaisir de constater la présence en chambre de plusieurs médecins, dont un de nos distingués collaborateurs, M. le Docteur L.-J. Lemieux, récemment élu député de Gaspé.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Précis de thérapeutique oculaire**, par le Dr SCRINI, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris. Préface du professeur DE LAPERSONNE, in-8 carré de 340 pages avec 31 figures. Prix: 5 francs, G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, VIe.

Ce livre est le résumé des conférences faites par l'auteur à la Clinique ophtalmologique dans le cours de perfectionnement, si heureusement conçu et institué par le professeur de Lapersonne. Le Dr Scrinì a voulu faire surtout un livre pratique, dans lequel le praticien, même spécialiste, trouvera condensé tout ce qui lui est utile de connaître.

Après l'étude des règles de l'Asepsie, la préparation du champ opératoire, du matériel et des agents thérapeutiques, tels que les collyres, l'auteur aborde la question si importante des Anesthésiques, insistant sur le chloroforme et la cocaïne, tout particulièrement sur les procédés d'application qui offrent le maximum de sécurité.

Ces généralités indispensables exposées, le Dr Scrinì étudie tour à tour: Les principaux médicaments employés dans les affections des membranes externes: les antiseptiques, les astringents, les caustiques; — les médicaments qui agissent sur la musculature de l'iris et le tonus de l'œil: les mydriatiques, les myotiques; — les modificateurs des circulations locales: les révulsifs, les dérivatifs. Pour la plupart des agents employés, il indique les formules qui ont donné le meilleur résultat. Rappelons que, le premier, l'auteur a préconisé le collyre huileux d'ésérine.

L'examen des agents physiques qui prennent, de nos jours, une importance de plus en plus grande dans la thérapeutique générale et locale: chaleur, froid, électricité, lumière, etc. sont étudiés minutieusement; — les moyens de protection de l'œil contre la lumière; la prothèse oculaire et les agents mécaniques font l'objet de chapitres spéciaux. Enfin, les médications générales et leurs agents rendaient indispensable une exposition de leur mode d'emploi et de leurs indications, terminant et complétant heureusement le Précis de thérapeutique oculaire dont les dix chapitres résument et condensent nos connaissances sur ce sujet.

A la fin de l'ouvrage, se trouve des consultations ophtalmologiques dont l'utilité pratique est très grande.

---