

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /  
Couverture de couleur
- Covers damaged /  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /  
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /  
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /  
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion  
along interior margin / La reliure serrée peut  
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la  
marge intérieure.
  
- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

---

Par E. P. BENOIT,

*Professeur suppléant de pathologie interne*

*à l'Université Laval.*

---

Messieurs,

L'hémorrhagie cérébrale consiste, le nom l'indique, en un épanchement de sang au cerveau.

ÉTIOLOGIE.—On a cité, parmi les causes de l'hémorrhagie cérébrale, les *tempéraments sanguins*, parce qu'on l'a vu atteindre fréquemment des gens à constitution dite apoplectique, caractérisée par un cou court et une figure congestionnée. Chez ces gens prédisposés à la congestion cérébrale, il a suffi d'un excès de tension vasculaire amené par une cause accidentelle, telle que le froid, l'influence d'un bain après un repas copieux, etc., pour faire éclater le symptôme apoplexie. Chez ces personnes à figure congestionnée, on a vu souvent la saignée faite à propos, enrayer l'état apoplectique et prévenir la rupture vasculaire et l'hémorrhagie.

On a encore cité l'*hérédité*, et l'on a été jusqu'à dire que l'hémorrhagie cérébrale est essentiellement héréditaire, "plus héréditaire même que la phtisie et le cancer. Elle frappe, dit Dieulafoy, plusieurs membres d'une même famille, et il n'est pas rare que dans une même lignée, une génération plus jeune soit atteinte avant une génération plus âgée." Et certes, l'on peut citer de nombreux exemples cliniques de paralysie ayant frappé successivement plusieurs membres d'une même famille.

Mais, Messieurs, et j'attire sur ce point votre attention, pour qu'une hémorrhagie cérébrale se produise, il faut un fait essentiel, primordial, nécessaire : *la rupture d'une artère*. C'est la cause première,

directe, fondamentale, de l'hémorrhagie cérébrale, et celle-ci surviendra non seulement chez les gens qui y sont prédisposés par leur hérédité, par leur constitution pléthorique, mais encore chez tous ceux où se sera produit, pour une cause ou pour une autre, une altération d'un vaisseau de l'encéphale. Rupture d'une artère malade, voilà le fait initial. Et chez ces personnes, la congestion de la figure et de l'encéphale n'est pas nécessaire ; l'on voit souvent l'hémorrhagie se produire pendant le sommeil ; au réveil, le malade veut se lever, il trébuche et tombe, ou bien ne peut quitter son lit qu'avec difficulté.

Pourquoi l'artère s'est-elle rompue ? Laissez-moi vous citer M. Thoinot : " A l'autopsie d'un individu succombant dans les deux ou trois jours qui suivent l'ictus hémorrhagique, ouvrez le foyer, enlevez-le avec les parties du cerveau qui l'entourent, et placez le tout dans un vase rempli d'eau que vous renouvellez avec précaution les jours suivants. La substance cérébrale dissociée pourra, après quelques jours, être enlevée facilement sous un filet d'eau ; les vaisseaux resteront seuls. Enlevez ces vaisseaux, étalez-les sur une lame de verre, vous verrez disséminés sur eux des petits points rouges ou noirs, gros comme une tête d'épingle ou un peu plus." Ce sont les foyers miliaires d'apoplexie capillaire de Cruveilhier (1836), les anévrysmes miliaires de Charcot et Bouchard (1868). Regardez d'un peu plus près, vous verrez que l'un de ces anévrysmes est rompu. La véritable hémorrhagie cérébrale est l'hémorrhagie par *rupture d'un anévrysme miliaire*.

Or, pour qu'un anévrysme se forme, vous comprenez qu'il faut une altération des parois des vaisseaux, et c'est ici que l'hérédité constitutionnelle aura son mot à dire. L'endo-péri-artérite diffuse, ce lent envahissement de la tunique externe par du tissu scléreux, amenant peu à peu l'atrophie de la tunique musculuse, l'endarterite secondaire et à la longue l'ectasie ampullaire ou fusiforme du vaisseau, sur un ou plusieurs de ses points faibles, cette endo-péri-artérite, dis-je, productrice des anévrysmes miliaires, surviendra chez des gens dont la nutrition générale est profondément modifiée et ralentie, chez les athéromateux, chez les artério-scléreux, chez les brightiques, chez les goutteux, chez les diabétiques, chez les alcooliques, chez les saturnins. Si vous mettez de côté l'alcoolisme, intoxication volontaire, le saturnisme, intoxication accidentelle, et l'athérôme, manifestation de la vieillesse, vous restez en face de l'artério-sclérose, de la goutte, du diabète, du mal de Bright, toutes maladies se développant sur un terrain héréditaire spécial et éminemment favorable aux lésions vasculaires scléreuses, l'*arthritisme*.

De sorte que si l'hémorrhagie cérébrale semble frapper avec prédilection certains groupes ou certaines familles, ce n'est pas parce que la maladie ou plutôt la lésion a passé du père à la mère et de la mère au fils, mais parce qu'elle trouve le terrain qu'il lui faut dans la constitution arthritique des sujets. Ici comme la plupart du temps, c'est une hérédité de prédisposition.

D'ailleurs, ni l'hérédité ni la constitution arthritique ne sont nécessaires dans la production de l'hémorrhagie cérébrale, puisqu'on la voit survenir avant tout chez les vieillards, chez les alcooliques, chez les saturnins, et que la syphilis elle-même, qui détermine d'habitude la thrombose de l'artère et le ramollissement consécutif, peut dans certains cas aboutir à la rupture du vaisseau malade (Dieulafoy).

Enfin, si l'hémorrhagie cérébrale est due habituellement à l'altération et à la rupture d'un vaisseau, que ce soit par maladie arthritique, par vieillesse, par alcoolisme ou par infection, je me hâte d'ajouter, pour être complet, qu'elle peut survenir à la suite d'une *altération profonde du sang*, par exemple dans l'hémophilie, le purpura, l'anémie pernicieuse, la leucocythémie, l'ictère grave. Mais comme ces foyers hémorrhagiques cérébraux ne sont qu'un épisode, le plus souvent ultime, de la maladie générale, il n'y a pas lieu de s'y arrêter davantage. Nous n'avons ici en vue que l'hémorrhagie cérébrale essentielle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—La véritable hémorrhagie cérébrale, celle qui fait l'objet de cette leçon, est donc produite par la rupture d'un anévrysme miliaire constitué classiquement, comme tous les anévrysmes, par un sac formé des tuniques interne et externe altérées, la tunique moyenne ayant disparu.

Il est facile de comprendre, en face d'une pareille lésion, sa *facilité de rupture* sous l'augmentation de la pression artérielle, surtout d'une augmentation brusque. C'est ainsi qu'agissent, comme causes déterminantes secondaires, le froid subit, la suppression soudaine des menstrues, les efforts de la défécation ou du coït. Chez les artériosccléreux et les brightiques, cette augmentation brusque de tension sera d'autant plus facile à réaliser qu'il y a hypertrophie du cœur concomitante du fait même de la maladie, et que déjà la tension artérielle est forte. Mais notons, encore une fois, que cette augmentation brusque de tension n'est pas nécessaire, et que, très souvent, la figure du malade frappé d'apoplexie est d'une pâleur blafarde (Brissaud).

Pourquoi les anévrysmes miliaires n'existent-ils presque exclu-

sivement que dans les centres nerveux? Veuillez bien remarquer, Messieurs, que les artères issues de l'hexagone de Willis sont des artérioles fragiles, issues directement et sans transition insensible d'un vaisseau de puissant calibre. Ce sont en outre des artérioles terminales, c'est-à-dire qu'elles ne s'anastomosent pas entre elles, comme s'anastomosent les artères corticales. Suivant Mendel, la pression dans ces vaisseaux de faible résistance est à peu près égale à la pression carotidienne. Il y a donc là un *territoire de prédilection* pour la formation des anévrysmes.

C'est ici que se place une question importante, celle des *localisations*. J'ai eu occasion de vous le dire dans la précédente leçon: quand il s'agit du système nerveux, la lésion n'est rien, la localisation est tout.

Disons tout de suite que l'hémorragie cérébrale se produit habituellement dans le domaine de l'*artère lenticulo-striée*, que Charcot appelait l'artère des hémorragies cérébrales, et que le danger provient non pas tant de la présence de la couche optique et du corps strié que du voisinage immédiat de la capsule interne, par où passent toutes les fibres nerveuses reliant un hémisphère cérébral à la moëlle. De sorte que le pronostic de l'hémorragie dépendra essentiellement de son volume et de sa localisation. Ainsi prenez l'hémorragie banale, commune, de l'artère lenticulo-striée rupturée entre le noyau extraventriculaire du corps strié et la capsule externe; si l'hémorragie est peu considérable, ou contrôlée à temps par une forte saignée, vous aurez comme résultat une hémiplégie curable, sans sclérose consécutive; tandis qu'un large foyer hémorragique en cet endroit, refoulant la capsule externe, le corps strié et la capsule interne, provoquera la dégénération descendante consécutive du faisceau pyramidal, déterminant une hémiplégie permanente suivie bientôt de contracture. Il en sera de même de l'hémorragie qui se fait à l'intérieur du corps strié ou de la couche optique; peu redoutable lorsqu'elle demeure localisée à la substance grise, elle devient au contraire très grave lorsqu'elle atteint la substance blanche. Tout au contraire, les hémorragies localisées au noyau caudé du corps strié ou à la partie interne de la couche optique, si petites soient-elles, sont toujours excessivement sérieuses, puisqu'elles mettent le malade en imminence d'une inondation des ventricules, déterminant une apoplexie foudroyante par compression interne de tout l'encéphale.

Quelles seront les *lésions locales* produites par l'hémorragie elle-même? Le sang extravasé dans la pulpe cérébrale se collecte en un foyer à parois anfractueuses et prend, en se coagulant, l'aspect gelé.

de groseille des caillots du cœur. Telle est l'hémorragie récente. Plus tard, le sérum disparaît, les éléments solides se modifient (dégénérescence granulo-graisseuse), se résorbent et laissent un tissu de sclérose teinté en jaune par l'hématoidine. C'est vous dire que la lésion ne se répare pas. Bien au contraire, elle détermine toujours la dégénération secondaire des faisceaux nerveux qu'elle atteint, le pyramidal en particulier.

SYMPTÔMES.—Au point de vue clinique, l'hémorragie cérébrale offre trois périodes : une période de début, une période d'état et une période tardive, qui toutes trois donnent des symptômes caractéristiques.

Dans un certain nombre de cas, assez fréquents, l'hémorragie est précédée par des phénomènes dits congestifs, tels que : bourdonnements d'oreilles, éblouissements, vertiges, engourdissement persistant dans un membre, tendance prononcée au sommeil.

1<sup>o</sup> Période de début.—Ces *prodromes* n'existent pas toujours ; la période de début même peut faire défaut. L'hémiplégie apparaît d'emblée, sans apoplexie, sans la moindre perte de connaissance. Le malade assiste à son hémiplégie ; il éprouve quelques fourmillements dans la main, il traîne la jambe, sa bouche se dévie, il bredouille, et l'hémiplégie met un quart d'heure, une demi heure, quelques heures même à se compléter, sans aucune défaillance intellectuelle (Dieulafoy). Ou bien encore, l'hémorragie étant légère, le malade n'éprouve qu'une absence passagère, qu'un étourdissement. Il n'est pas rare que l'hémorragie survienne pendant le sommeil, et le malade se réveille paralysé.

Le plus souvent l'hémorragie cérébrale débute par un ictus, un choc au cerveau, qui en suspend toutes les fonctions ; c'est l'*apoplexie*. Ici, Messieurs, je m'arrête un instant, afin de bien fixer dans vos esprits un point important de pathologie interne.

L'apoplexie n'est pas l'hémorragie cérébrale ; c'est un symptôme que peuvent produire plusieurs lésions, que Galien appelait la perte totale du sentiment et du mouvement, que Jaccoud a défini : l'abolition totale et subite de l'innervation cérébrale. Ne propageons pas l'erreur de Rochoux, qui faisait de l'apoplexie le synonyme d'hémorragie cérébrale, erreur que Cruveilhier a accentuée par l'expression *apoplexie capillaire*, que d'autres auteurs ont confirmée encore en parlant de l'apoplexie du poumon. C'est donner au mot un sens qu'il ne peut avoir.

L'apoplexie, je le répète, est un symptôme que vous verrez apparaître non seulement avec l'hémorragie cérébrale, mais encore

avec le ramollissement, la congestion ou l'œdème du cerveau, et qui peut résulter aussi bien des hémorrhagies protubérancielles, cérébelleuses ou méningées que de l'hémorrhagie intra-hémisphérique (Brissaud). Il repose sur trois caractères cliniques fondamentaux: c'est (1) une suspension totale de toutes les fonctions cérébrales, (2) débutant brusquement par ictus et (3) due à une altération cérébrale (ce qui la distingue de la syncope et de l'asphyxie). Nous définirons donc l'apoplexie, si vous le voulez bien, la suspension brusque et totale des fonctions du cerveau, avec persistance de la respiration et de la circulation. C'est, à peu de chose près, la définition de Grasset.

Pour expliquer la suspension complète des fonctions cérébrales par une hémorrhagie limitée, Jaccoud a soumis l'hypothèse que le choc cérébral se répercute sur l'hémisphère sain. Peu nous importe; ce qu'il faut connaître surtout en pratique, c'est l'état d'un malade dont les fonctions cérébrales sont brusquement suspendues par une hémorrhagie.

Le malade a perdu complètement connaissance et est dans la résolution complète, par suite de l'abolition de tous les mouvements. Les reflexes tendineux ne répondent plus à l'excitation, la sensibilité est abolie ou diminuée partout, les sphincters sont généralement relâchés, le malade urine sous lui et perd ses matières fécales. En même temps, vous remarquez à la face, qui est tantôt très pâle, tantôt rouge et cyanosée, de la déviation des traits vers le côté sain, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le même côté, les muscles sains entraînant vers eux les muscles paralysés devenus flasques. Seuls, les mouvements du thorax et du cœur sont conservés. La respiration est bruyante, entrecoupée, ralentie, stertoreuse; l'air expiré soulève les lèvres et la joue du côté paralysé, projette au dehors un peu d'écume et de salive; on dirait que le malade fume sa pipe. Le pouls est fort, plein, ralenti, quelquefois bondissant. Les pupilles sont dilatées, insensibles à la lumière; le réflexe cornéen n'existe plus. Les membres du côté paralysé retombent lourdement quand on les soulève. La température est abaissée. Enfin, si l'hémorrhagie intéresse les ventricules et les méninges, on pourra noter des convulsions toniques unies ou bilatérales et des contractures précoces.

Il faut à ce moment surveiller de près le malade, non seulement pour juger des interventions thérapeutiques immédiates à prendre, mais encore pour fixer le pronostic. A cette période, l'accélération graduelle de la respiration et du pouls, l'élévation constante de la température, l'apparition des convulsions générales sont des signes

funestes du plus mauvais augure (Dieulafoy) La lésion est considérable et elle s'étend ; il y a inflammation du cerveau.

Le cerveau ayant subi le choc, l'ictus apoplectique, la lésion s'étant limitée après quelques heures ou quelques jours suivant l'intensité de l'attaque, le malade revient à lui et constate qu'il est plus ou moins paralysé dans une moitié de son corps ; c'est la période d'état qui commence.

2° *Période d'état.*—L'hémiplégie siège du côté opposé à la lésion cérébrale, excepté quelquefois à la face. En cet endroit, la paralysie n'atteint pas l'orbiculaire des paupières, contrairement à la paralysie du nerf facial. L'hémiplégie est plus accentuée au bras qu'à la jambe. Il est à noter que les muscles symétriques, dont les mouvements sont associés à ceux du côté opposé, échappent à la paralysie. L'hémiplégie peut guérir en quelques jours ou quelques semaines ; dans certains cas rares elle laisse une paralysie flasque permanente ; le plus souvent elle est suivie de contracture progressive par dégénération descendante du faisceau pyramidal croisé.

Lorsque la partie postérieure de la capsule interne est altérée, l'hémiplégie peut s'accompagner d'hémianesthésie intéressant la peau, les muqueuses et les organes des sens. C'est un symptôme rare, que l'on voit apparaître quand l'hémorragie a lieu dans le domaine peu fréquemment atteint de l'artère lenticulo-optique postérieure.

L'hémichorée se déclare généralement chez des malades dont l'hémiplégie est accompagnée d'hémianesthésie. Hammond a signalé une variété d'hémichorée qu'il qualifie d'*athétose* ; elle consiste en des mouvements lents et incessants des doigts et des orteils. L'apoplexie avec hémichorée ou hémiaathétose est le fait des hémorragies interstitielles de la couche optique ou de la partie postérieure du putamen.

L'aphasie (lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche) est excessivement rare dans l'hémorragie cérébrale. Les troubles de la parole se réduisent à l'*embarras de l'articulation* des mots par manque de symétrie dans le tonus musculaire des organes phonateurs.

Les *troubles intellectuels* sont habituellement peu marqués, la faculté motrice seule se trouvant compromise. On ne constate pas, comme dans le ramollissement cérébral, la perte de la mémoire et l'irritabilité du caractère, souvent si prononcés. Les facultés mentales peuvent être troublées dans les cas exceptionnels d'hémorragie étendue intéressant les centres psychiques, mais en général l'intelligence demeure intacte. Cependant, chez certains hémiplégiques, surtout chez les vieillards, le foyer hémorragique peut causer de



l'irritation dans le voisinage, déterminer même un certain degré de ramollissement, et l'on verra alors surgir, à la période tardive surtout, un affaiblissement de l'intelligence et une émotivité facile qui font entrer ces vieillards dans la seconde enfance.

La période d'état peut durer plus ou moins longtemps ; on s'accorde en général pour dire qu'après trois mois, si la paralysie ne s'est pas améliorée, les chances de guérison sont à peu près nulles. Souvent d'ailleurs, dès cette époque, les symptômes de la période tardive ont déjà fait leur apparition, et la contracture s'est établie dans les membres paralysés.

3° *Période tardive.*—La contracture est due à la sclérose descendante du faisceau pyramidal. On peut la prédire, suivant Dieulafoy, quand un hémiplégique, deux ou trois semaines après son attaque, présente du côté paralysé, au poignet, au coude, au genou, des réflexes tendineux exagérés. C'est une contracture douloureuse, localisée généralement au membre supérieur ; elle peut être légère, elle peut aussi constituer une difformité incurable. Dans les cas heureux où elle guérit, ce n'est souvent qu'une guérison incomplète, révélée par l'apparition de la raideur à certains mouvements. Une contracture ancienne peut disparaître quand les muscles s'altèrent et s'atrophient, mais c'est l'impotence du membre qui y fait suite. Les anciens hémiplégiques frappés de contracture secondaire sont souvent atteints d'un tremblement qui ne survient qu'à l'occasion d'un mouvement voulu.

Enfin l'hémiplégique, du fait de sa lésion, est exposé à des troubles vasculaires et trophiques. La pneumonie bâtarde, la congestion pulmonaire apparaissent chez lui avec facilité. Il en est de même de l'eschare fessière, qui, lorsqu'elle est précoce, est d'un très mauvais pronostic (*décubitus acutus* des anciens auteurs). L'albuminurie souvent indique un trouble de la nutrition générale. On voit dans certains cas survenir tardivement, à l'épaule surtout, des arthropathies caractérisées par une synovite végétante et exsudative, accompagnée de tuméfaction et de douleur.

PRONOSTIC.—L'hémorragie cérébrale, même légère, est toujours d'un pronostic sérieux. Le plus souvent, l'apoplexie disparue, l'hémiplégie demeure, évoluant lentement vers la contracture, et souvent compliquée par des troubles moteurs (hémichorée, athétose) et une mauvaise nutrition générale.

Le pronostic est d'autant plus grave que l'ictus initial est plus violent et la période comateuse plus longue. Les convulsions de cette période sont toujours du plus fâcheux augure, puisqu'elles mar-

quent presque nécessairement l'envahissement des ventricules ou de la cavité arachnoïdienne (Brissaud). Lorsque la paralysie ne s'améliore pas à la fin du premier septenaire, on doit en craindre la persistance, et l'apparition de la contracture du 20<sup>e</sup> au 35<sup>e</sup> jour confirmera souvent son incurabilité.

Lorsque, dans les cas heureux, toute trace de l'hémorragie cérébrale disparaît, le pronostic n'en doit pas moins être réservé, car l'on sait comme les récidives sont fréquentes. Cependant on a vu des paralysies et contractures limitées être bien tolérées pendant une longue période.

DIAGNOSTIC.—Le diagnostic se base sur l'état apoplectique brusque et l'hémiplégie consécutive.

Disons d'abord que l'hémorragie méningée, assez commune chez les alcooliques, ne peut pas être différenciée de l'hémorragie cérébrale durant la période d'apoplexie. C'est tout au plus si les convulsions précoces et bilatérales peuvent servir de signes de présomption en faveur de l'hémorragie méningée. L'irritation ou la paralysie des nerfs crâniens (strabisme, asymétrie frontale) pourront mettre le médecin sur la piste d'une lésion des méninges.

Certaines *intoxications* peuvent déterminer une apoplexie fonctionnelle, à un moment donné; c'est le cas pour l'opium, le chloral et surtout l'alcool; dans le coma urémique des brightiques, on aura souvent le tableau complet de l'apoplexie organique, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux; le diabète peut produire une apoplexie comateuse. Dans les cas de ce genre, on se rappellera que les poisons ne localisent pas leur action sur un seul hémisphère, mais sur tout le cerveau, dont ils suspendent les fonctions sans créer de paralysie; l'examen des membres fera constater l'absence d'une hémiplégie, et souvent l'odeur de l'haleine, à défaut des commémoratifs, sera un bon signe révélateur.

Dans l'artério-sclérose, l'hypertrophie cardiaque, la paralysie générale, il n'est pas rare de voir se produire des *congestions cérébrales simples*, sans hémorragie, limitées à un seul hémisphère. On remarque dans ces cas que la perte de connaissance est moins complète, le stertor moins profond, le coma moins durable. Le malade revient à lui sans paralysie aucune, et souvent l'on apprend qu'il a eu des attaques antérieures semblables. Il va sans dire que ces malades sont des candidats à l'hémorragie.

L'hystérie, cette grande simulatrice, détermine parfois des phénomènes hémiplégiques prononcés. Cette *hémiplégie hystérique* présente le double caractère d'atteindre rarement la face ou de s'ac-

compagner d'une contracture des muscles de la face du côté opposé à l'hémiplégie, et d'être presque toujours escortée d'hémi-anesthésie; on peut d'ailleurs relever d'autres manifestations spéciales (boule hystérique, zone hystérogène).

L'attaque d'apoplexie passée, il faut établir si la paralysie est due à une hémorragie ou à un ramollissement du cerveau. On tiendra compte d'abord de l'âge du malade, et l'on soupçonnera de préférence, au-dessous de quarante ans, une thrombose ou une embolie, c'est-à-dire un ramollissement, surtout si l'histoire antérieure du cas comporte une notion de spécificité ou de lésion mitrale ancienne. L'état de l'appareil circulatoire fournira un élément de diagnostic fondamental : les contractures cardiaques fortes, plutôt rapides, surtout lorsqu'on entend un bruit de galop, l'ampleur et la force du pouls plaident en faveur de l'hémorragie; les contractions faibles, sourdes, en l'absence des bruits morbides officiels, la mollesse du pouls, la dureté athéromateuse de l'artère font plutôt supposer la thrombose. Enfin le diagnostic de ramollissement sera fixé, nous le verrons dans la prochaine leçon, par le syndrome clinique hémiplégie droite et aphasie. L'aphasie indique une lésion du territoire cortical irriguée par l'artère de la troisième circonvolution frontale, et, quand elle suit l'ictus apoplectique, révèle nettement l'origine sylvienne du traumatisme cérébral.

TRAITEMENT.—La rupture d'une artère cérébrale est par elle-même une lésion irréparable; mais la congestion du cerveau qui la précède souvent, l'apoplexie qui l'accompagne, l'hémiplégie qui y fait suite, l'état général du sujet sont susceptibles d'un traitement rationnel. J'irai même plus loin, et je dirai qu'il est possible dans un certain nombre de cas d'enrayer l'hémorragie cérébrale au début ou du moins d'en diminuer la gravité.

La saignée, Messieurs, est un procédé thérapeutique auquel on ne rend pas, de nos jours, suffisamment justice. C'est manquer d'impartialité que de ne pas reconnaître les éminents services que peut rendre cette intervention énergique, dont on a, et c'est là le malheur, considérablement abusé, mais qui, appliquée sagement, a donné souvent des résultats inappréciables. S'il est un état morbide où il serait absurde de suivre la mode du jour, et de refuser au malade un traitement qui peut, sinon le guérir, du moins lui aider à guérir, c'est bien dans l'ictus apoplectique, où la saignée peut être dans certains cas l'intervention thérapeutique la meilleure et la plus rationnelle. Aussi, sans m'arrêter à une discussion doctrinale qui n'a pas

sa place ici, je tiens à vous signaler d'abord les indications et contre-indications de la saignée.

Pour juger des indications de la saignée, on doit se guider non pas tant sur les phénomènes nerveux, tels que l'insensibilité, l'inconscience, etc., que sur l'état de la circulation chez le malade, ainsi que sur la force de sa vitalité. Tous les cas d'hémorrhagie cérébrale ne se ressemblent pas ; si la rupture vasculaire peut survenir brusquement, sans prodromes, très souvent aussi elle sera précédée ou accompagnée de phénomènes congestifs à la tête, et c'est précisément dans ces cas de congestion cérébrale que la saignée trouve ses indications. Lorsque, chez un malade frappé d'apoplexie, la figure est rouge et congestionnée, qu'on perçoit des battements aux artères temporales turgescentes, que les veines superficielles du front et du cou sont tendues, lorsque surtout le pouls est plein, dur, vibrant, sans défaillance, pratiquez la saignée. Dans les cas de ce genre, où le sang se porte en abondance à la tête, où le pouls du malade indique par sa réaction vigoureuse que l'apoplexie est d'intensité moyenne, encore à son début, qu'il n'y a pas cette paralysie complète du cerveau que l'on note dans les hémorrhagies considérables, la saignée immédiate changera l'état du malade en dégageant l'encéphale. C'est à ce moment qu'une saignée faite à propos peut limiter l'accident à une congestion simple, sans hémorrhagie véritable. Même s'il y a eu rupture vasculaire, l'hémorrhagie au cerveau peut se faire lentement, par infiltration, et la saignée pourra suffire à l'arrêter et à favoriser la résorption du sang extravasé en en limitant la quantité, et en adoucissant les phénomènes de compression par le caillot sanguin. En règle générale si, chez le malade frappé d'apoplexie, le pouls se maintient dur et régulier, la saignée donnera de bons effets, trop évidents pour qu'on puisse songer à les récuser.

Il n'en sera pas de même si, sous l'effet de la maladie, le pouls se modifie rapidement, si, quoique plein, il est ample, dépressible, surtout s'il est petit, faible, et si la pâleur de la figure, les sueurs froides, la résolution absolue indiquent une paralysie complète du cerveau. Dans les cas de cette nature, ce serait assurer la mort du malade que de vouloir pratiquer sur lui la saignée ; il faut au contraire faciliter la circulation périphérique en le réchauffant et lui donnant des stimulants diffusibles, tels que l'ammoniaque. Ce n'est pas la mort dans le coma qui menace le malade, mais il y a une tendance imminente à la syncope que l'émission sanguine ne ferait qu'accélérer. On ne saigne pas les cas semblables.

D'ailleurs, et vous vous en convaincrez assez vite vous-mêmes,

l'application de la saignée demande un jugement sûr, et bien des cas vous laisseront perplexes. Non seulement il faut être certain que le cerveau en état d'apoplexie n'est pas complètement paralysé, que l'hémorrhagie n'est pas avancée au point que l'organe ne puisse récupérer une partie de ses fonctions, mais il faut encore prendre en considération le malade lui-même. Bien des vieillards, bien des gens faibles ne supporteront pas ou supporteront mal la saignée, tandis que les personnes jeunes, vigoureuses, capables de donner une bonne réaction, lui devront au contraire leur salut. C'est au médecin à juger, et c'est en somme, l'état vigoureux du malade et la prédominance des phénomènes congestifs qu'il devra considérer en premier lieu, avant toute autre chose.

Il y a ici une réserve à faire quant aux indications fournies par le pouls. Si l'on ne doit pratiquer la saignée que sur les personnes suffisamment vigoureuses, il peut arriver qu'on hésite à le faire parce que ces personnes en état d'apoplexie ont un pouls faible. Cependant, si cette faiblesse du pouls n'est pas due à un manque de vitalité causée par la paralysie ou l'inhibition des centres nerveux, mais provient d'une gêne fonctionnelle à cause des obstacles apportés à la circulation, ou encore à cause de la faiblesse particulière du cœur amenée par une affection cardiaque, la saignée sera encore le meilleur moyen thérapeutique pour dégager la circulation et redonner au pouls une tonicité normale. Les cas de ce genre, il faut bien le dire, sont des plus difficiles à juger.

Quant au volume de la saignée, on ne saurait d'avance fixer aucune règle. L'indication principale est de suivre les effets produits sur le malade, et de fermer la veine lorsqu'on juge ces effets suffisants. On reconnaîtra que la saignée agit bien par les changements qui surviennent immédiatement : la respiration cesse d'être stertoreuse, le pouls devient meilleur, la pupille reprend ses dimensions normales, la sensibilité revient à la cornée, le cerveau sort de son état d'apoplexie, perçoit certaines sensations, recouvre même sa connaissance dans les cas très favorables. S'il y avait de la raideur dans un côté du corps, on la verra s'évanouir, mais il va sans dire que la saignée ne fera jamais disparaître une paralysie constituée ; tout au plus en diminuera-t-elle la sévérité et la durée. Rappelez-vous bien que la saignée est un excellent traitement dans l'apoplexie par congestion cérébrale, qu'elle peut, en diminuant cette congestion, enrayer l'hémorrhagie, mais qu'elle ne saurait en aucune manière guérir l'hémorrhagie cérébrale elle-même.

La dérivation par l'intestin, qui permet, lorsqu'elle est suffisante

ment énergique, d'obtenir une déplétion assez considérable du système vasculaire, demande les mêmes indications que la saignée, et peut à l'occasion lui être un adjuvant utile. Dans les cas où l'on hésite à ouvrir la veine, le malade ne paraissant pas assez vigoureux, les purgatifs drastiques seront utiles pour décongestionner la tête.

Si le malade avale, on peut donner par la bouche, soit le calomel, deux à quatre paquets de 25 centigrammes (8 à 16 grains) dans du lait, soit un purgatif plus énergique, tel que le croton tiglium :

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| Huile de croton tiglium..... | 1 goutte                |
| Huile de ricin .....         | } à 30 grammes (1 once) |
| Huile d'amandes douces.....  |                         |
| Sirop.....                   | 60 grammes (2 onces)    |

Sig. 1 cuillerée à soupe de quart d'heure en quart d'heure.

Si le malade avale mal, ou n'avale pas, on donnera un lavement, tel que :

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Sulfate de soude.....            | 15 à 20 grammes (4 à 5 drachmes) |
| Décoction de follicules de séné. | 10 grammes (3 drachmes)          |

Les sangsues derrière l'oreille ou à l'anus, les sinapismes sur les quatre membres, les cataplasmes sinapisés, la ouate saupoudrée de moutarde sur les jambes seront d'un bon secours. Si l'on décide d'employer de la glace ou des compresses froides sur la tête, il faut en bien surveiller les effets, et éviter le collapsus.

Rappelez-vous que l'état général se traduit en même temps par une dépression considérable de la circulation et des forces, qui demandent à être stimulées : l'ammoniaque, la caféïne, le camphre, la sparteïne, le sérum artificiel au besoin trouveront leurs indications, soit par la bouche, soit en injection hypodermique.

On isolera le malade dans une chambre bien aérée ; on le nourrira avec du lait, du bouillon, une décoction de quinquina, et par le rectum si c'est nécessaire ; on insistera sur une grande propreté du lit, afin d'éviter les eschares ; on n'oubliera pas de pratiquer le cathétérisme au besoin. Le point important est de laisser le malade tranquille et de ne le remuer, quand il le faut, qu'avec les plus grandes précautions, puisque le malade souffre d'un vaisseau qui saigne.

La paralysie consécutive à l'hémorragie cérébrale ne doit être traitée ni par l'électricité, ni par la strychnine ; leur emploi est dangereux et peut augmenter la rigidité des muscles. On pratiquera du

massage et des frictions à l'alcool, et l'on tâchera d'établir un système régulier d'exercice, actif ou passif suivant l'état du malade. Si l'on veut donner un médicament à l'intérieur, on s'adressera de préférence à l'iodure de potassium :

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Iodure de potassium..... .. | 10 grammes (3 drachmes)                      |
| Arséniate de soude..... ..  | 5 à 10 centigrm. ( $\frac{1}{2}$ à 2 grains) |
| Eau..... ..                 | 300 centimètres cubes (10 onces)             |

Sig. 1 cuillerée à soupe à chaque repas.

Il n'y a pas de traitement particulier de l'hémianesthésie, de l'hémichorée et de l'athétose. La contracture elle-même dépend d'une lésion sclérosique qui échappe à toute intervention.

Le traitement prophylactique pourra rendre de très grands services chez les personnes prédisposées à l'hémorragie cérébrale, surtout lorsqu'il s'agit d'éviter une récurrence. L'arthritisme peut être modifié par l'emploi des iodures et de l'arsenic. Les artério-scléreux, les diabétiques, les goutteux, les syphilitiques, les alcooliques, les vieillards athéromateux devront suivre de très près les prescriptions hygiéniques de leur médecin. Il faut éviter tout ce qui peut congestionner le cerveau et mener une vie régulière et modérée: la sobriété dans le manger et dans le boire, la régularité des intestins, l'exercice modéré mais suffisant, la crainte des changements subits de température, le repos mental, la modération sexuelle seront les principaux desiderata à réaliser. De plus, le traitement spécial à chacune de ces maladies aidera encore à établir la prophylaxie de l'hémorragie cérébrale.

---

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR, 8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS.

## CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (ANNÉE 1897-1898).

Par F. RAYMOND.

Professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris,  
Médecin de la Salpêtrière.

Un vol. grand in-8° de 610 pages avec 56 figures dans le texte  
et 2 planches chromolithographiques hors texte, prix..... 15 francs.

## DE LA DÉLIVRANCE.

Par Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité,  
Professeur adjoint d'Obstétrique.

Pour bien comprendre la conduite du médecin pendant la période de délivrance, il faut bien saisir le mécanisme de cette dernière période de l'accouchement, il faut connaître comment s'opère le décollement du placenta et des membranes, savoir comment l'arrière-faix détaché sera chassé de l'utérus et du vagin. La nature a ses lois qu'il faut respecter, sinon les déceptions sont amères, et l'on paie souvent de sueurs abondantes ou d'inquiétudes angoissantes l'oubli de l'une d'elles. L'aide trop empressé qu'on donne à la nature coûte quelquefois bien cher; et c'est alors qu'on médite profondément et amèrement cet axiome que *la délivrance est une période fertile en incidents, en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur du sang-froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent alors et des complications qui peuvent survenir.*

La véritable définition de la délivrance, c'est l'expulsion naturelle ou l'extraction artificielle du *délicre* ou de l'*arrière-faix*, autrement dit des annexes du fœtus : cordon, placenta, membranes (amnios, chorions, caduques).

Le mécanisme physiologique de la délivrance se divise pour la facilité de l'étude en trois temps :

1er Temps : décollement du placenta ;

2e " descente du gâteau placentaire de la cavité utérine dans le vagin ;

3e Temps : expulsion du placenta hors des organes génitaux externes.

1er Temps.—*Décollement du placenta.*

Nombreuses sont les théories pour expliquer ce premier temps de la délivrance. Presqu'autant d'opinions émises que d'accoucheurs célèbres. Depuis Beudelocque, c'est à qui élèverait la voix en faveur de telle ou telle opinion plus ou moins basée sur la prétendue expérience ou sur des recherches savantes et judicieuses. A tour de rôle c'est Desormeaux, Dubois, Mathews Duncan, Tarnier, Chantreuil, Jacquemier, Pajot, Ribemont-Dessaignes, Pinard, Varnier et une foule



d'autres qui émettent leurs idées, s'associant quelquefois par groupes de deux ou de trois. D'abord Beaudelocque prétend que *l'action seule de la matrice, aidée de la contraction des muscles abdominaux, force le placenta à se détacher*. Suivant que la désunion commence par le centre du placenta ou un point de sa circonférence, le placenta se présente dans le premier cas par sa face fœtale et a la forme d'un parapluie retourné par le vent; il se renverse en formant une poche remplie de sang et la femme ne perd pas avant d'être délivrée; dans le second cas, si le bord inférieur se décolle le premier, le placenta se roule en forme d'oubliette et il y a un peu de sang qui s'écoule avant sa sortie; si le bord supérieur se décolle le premier il se forme comme dans le premier cas une poche sanguine.

Desormeaux et Dubois croient à la théorie de Beaudelocque, mais ils s'imaginent que le sang qui s'épanche entre la paroi utérine et le placenta serait par son poids un agent de décollement.

Mathew Duncan fait jouer à la *rétraction* et à la *contraction* le rôle principal dans le décollement du placenta qui se présenterait ensuite à l'orifice utérin par son *bord* et non par sa face fœtale. Quand il y a inversion ou renversement du placenta, il est dû aux tractions intempestives faites sur le cordon.

A l'encontre de la théorie de Mathews Duncan, Tarnier et Chauvireuil pensent que *l'inversion de l'œuf est habituellement spontanée et très complète*. "Le placenta, disent-ils, en descendant sur le col et dans le vagin tire sur les membranes qui se décollent à leur tour, de telle sorte que l'œuf se retourne comme un doigt de gant et présente sa face amniotique en dehors." Selon ces mêmes auteurs le placenta pourrait aussi s'engager par un point de sa circonférence. Tous deux admettent que le décollement du placenta est dû à la contraction utérine.

Par contre, Jacquemier, Pajot et Ribemont-Dessaigues prêtent à la *rétractilité de l'utérus* un rôle plus important.

La théorie de Pinard et Varnier, basée sur des constatations anatomiques et sur les mensurations de la hauteur de l'utérus pendant la délivrance semble la plus vraie. Elle est généralement admise aujourd'hui.

Pour ces derniers le décollement du placenta est le résultat de *l'élasticité, de la rétractilité* et de la *contractilité* de l'utérus.

La main, appliquée sur la paroi abdominale pendant l'expulsion du fœtus, sent l'utérus se rétracter au fur et à mesure que l'enfant sort et le volume de l'utérus est graduellement diminué jusqu'à atteindre par son fond à la fin de la période d'expulsion, un travers

de doigt au-dessous de l'ombilic. Si le volume est si considérablement diminué, par contre les parois utérines ont doublé ou triplé d'épaisseur ; mais, comme le montrent les coupes de Pinard et Varnier et de Ribemont-Dessaigues, cette augmentation d'épaisseur se fait d'une manière très inégale. La paroi utérine est beaucoup plus mince au niveau de l'insertion du placenta, tandis qu'elle est très épaisse sur le reste de l'étendue, de sorte que le placenta se trouve comme enchâtonné.

Le fond de l'utérus après l'expulsion du fœtus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic parce que le segment supérieur s'est affaissé sur le segment inférieur aminci et dilaté, et replié sur lui-même en accordéon, mais à mesure que le placenta se décolle et tombe dans ce segment inférieur, celui-ci se remplit et repousse en haut le corps de l'utérus qui remonte graduellement de trois à quatre centimètres. Plus le décollement est rapide, plus l'ascension est prompte à se faire sentir. Quand le placenta est tombé dans le vagin, l'utérus s'abaisse de nouveau et son fond n'est plus qu'à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic quand la délivrance est complète.

La portion utérine où se fait l'insertion du placenta se rétracte moins bien et moins vite parce que le placenta y adhère et que là la paroi utérine est plus mince et voilà pourquoi elle reste aussi plus mince.

Aussitôt, donc, après l'expulsion du fœtus, chaque point de la paroi utérine tend à se rapprocher du centre de la cavité : l'utérus veut reprendre sa forme primitive. Cette rétraction sera d'autant plus marquée et plus rapide suivant que la paroi sera plus épaisse, c'est-à-dire là où le placenta ne s'insère pas et nous avons comme conséquence cet enchâtonnement physiologique du placenta, enchâtonnement qui ne subsiste pas longtemps parce qu'il s'établit bientôt une lutte constante (élasticité et rétractilité) avec assauts (contractilité) pour faire disparaître cette inégalité d'épaisseur dans le muscle utérin.

Le placenta enchâtonné se tasse, s'épaissit, se fronce sur la face fœtale, mais, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, ne se décolle pas encore, et Varnier (1) le prouve par des coupes faites sur des cadavres de femmes mortes avant ou après la délivrance. Anciennement l'on prétendait (Baudelocque) que les efforts répétés que fait la matrice pour se délivrer de l'enfant sont ordinairement ceux

(1) La pratique des accouchements.—Obstétrique Journalière par Henri Varnier, 1900.

qui détruisent les adhérences du placenta et des membranes de l'œuf. Varnier a prouvé la fausseté de cette assertion.

“ L'observation, dit Varnier, a montré cependant—et c'est Schröder qui le premier a ébauché cette démonstration complétée par les études anatomiques de Barbour, de Pinard, et Varnier—l'observation a montré, disons-nous, que *tel n'est pas le mécanisme de la délivrance à terme ou près du terme*. C'est d'ailleurs ce que devrait faire prévoir la persistance des échanges fœto-maternels jusqu'à la dernière minute de l'expulsion de l'enfant.

“ Contrairement à ce qu'on croyait naguère *le placenta*, pour ne parler d'abord que de lui, *est susceptible de s'accomoder, sans se décoller au cours du travail, au va et vient de sa zone d'insertion et à la rétraction de celle-ci qui suit l'évacuation des eaux*.”

Après le rapport de ses pièces d'autopsie Varnier ajoute comme conclusion : “ Sans insister sur ces points de fine anatomie sujets à révision, le fait qu'il convient de retenir est celui-ci : *En aucun point la séparation du placenta n'est effectuée*.”

“ Les contractions, dit-il encore, si elles préparent dans une certaine mesure (qui reste à préciser) le décollement du placenta et des membranes, n'en sont pas la cause efficiente. Et c'est fort heureux d'une part pour le fœtus, d'autre part pour la mère. Les hémorragies si souvent mortelles qui accompagnent le décollement, au cours du travail, du placenta normalement ou vicieusement inséré nous dispensent d'insister davantage sur ce point.”

A la théorie plus récente de Pajot et de Ribemont-Dessaignes, qui prétend que le décollement du placenta n'est point tant dû à la contraction de l'utérus qu'à sa rétraction, Varnier oppose encore l'observation prise sur une femme morte immédiatement après l'expulsion du fœtus. Dans ce cas l'utérus est fortement rétracté sur le placenta qui est enchatonné. Le placenta, sans lâcher prise, s'est accommodé à la réduction de sa surface d'insertion produite par la rétraction utérine. Il s'est plié sur sa face fœtale au niveau du fond, a fait saillir ses bords qui, de linéaires qu'ils étaient sur l'utérus gravide, sont devenus épais et arrondis. Il s'est tassé, d'où son augmentation d'épaisseur; il bombe vers la cavité de l'œuf au lieu de bomber vers la paroi comme sur l'utérus gravide. Dans ce cas il n'y avait pas de trace d'hémorragie placentaire.

Si le décollement du placenta était dû plus à la rétraction qu'à la contraction de l'utérus, il devrait y avoir dans le cas cité décollement du placenta; mais non, il n'y a pas décollement et cependant il y a rétraction, mais il n'y a pas eu de contraction parce que la

femme est morte avant, et voilà pourquoi il n'y a pas de décollement. Elle n'est donc pas juste la théorie de Ribemont-Dessaigues qui veut que : "Préparé par les contractions de la période d'expulsion, le décollement soit achevé par le retrait total de l'utérus qui accompagne et suit la sortie du fœtus, efface la cavité utérine, en ramène le fond au niveau de l'ombilic, diminuant au maximum l'étendue de la surface d'insertion placentaire. Le placenta ne peut suivre ce retrait ; il quitte nécessairement la paroi utérine, comme un gâteau de terre glaise appliqué à une plaque de caoutchouc tendue quitte celle-ci lorsqu'on la laisse revenir à ses dimensions primitives."

De ses différentes observations, Varnier tire la conclusion suivante : "la rétraction utérine qui suit l'expulsion du fœtus n'implique pas le décollement placentaire ; c'est une rétraction imparfaite bien différente, au niveau de la zone d'insertion du placenta, de celle que l'on constate après l'intervention des contractions *post partum*."

"Elle est préparante mais non efficiente. Elle disloque l'adhérence mais ne la rompt pas. La solidité d'attache est assez grande encore pour que, si vous tirez sur le cordon à ce moment, la paroi utérine suive l'inversion forcée que vous imposez au placenta."

Comme je le disais plus haut, il s'établit une lutte entre les différentes parties de l'utérus pour faire disparaître l'inégalité qui existe entre la surface d'insertion du placenta encore très mince et les éléments musculaires accumulés autour du placenta. Ceux-ci exercent leur action sur la partie amincie et réduisent sa surface par un mouvement vermiforme. C'est-à-dire que le décollement s'effectuera d'abord là où la paroi utérine est plus épaisse, je veux dire au pourtour du placenta, gagnant peu à peu le centre d'insertion du placenta. La rétractilité n'est pas ici la cause de ce décollement. Cette rétractilité qui correspond à l'*enchatonnement physiologique* du placenta, est en général rapidement suivie de nouvelles contractions perçues par la main de l'accoucheur qui sent l'utérus durcir, mais non encore perçues par l'accouchée. C'est cette contraction qui agit et produit le décollement.

Le décollement du placenta est plus ou moins rapide, selon la solidité des attaches, selon le retrait de l'utérus, selon la puissance des contractions, selon le lieu d'implantation.

"On comprend très bien, disent Pinard et Varnier, que les conditions seront loin d'être identiques, suivant que le placenta sera inséré sur les segments moyen ou supérieur ; qu'elles seront loin d'être les mêmes si le placenta est inséré au niveau d'une des cornes (trompes) ou directement sur la paroi antérieure ou postérieure. Si

l'on ajoute à toutes ces raisons que l'utérus de chaque femme possède une force élastique, rétractile et contractile différente, on se rendra compte facilement des diversités si fréquentes qu'on observe en clinique et qui font que chaque délivrance a pour ainsi dire sa physiologie particulière."

Le décollement peut se faire avant la sortie de l'enfant. Tous nous en avons quelquefois été les tristes témoins et nous en connaissons les terribles conséquences. Ce décollement prématuré peut se produire quand les contractions sont très violentes, les adhérences peu solides, la matrice en partie évacuée (grossesse gémellaire, hydroisie de l'amnios, présentations pelviennes), quand le cordon est tirailé par une cause quelconque; ce décollement est inévitable dans les insertions vicieuses. Par contre le décollement est retardé quand le travail a été languissant, l'utérus inerte, quand les connexions sont trop fortes, contre-nature (adhérences anormales du placenta).

Dans la très grande majorité des cas le placenta décollé tombe en s'inversant, face fatale en avant, dans l'anneau de contraction. Il forme ainsi une sorte de coupe dans laquelle le sang s'accumule en faible quantité. Le placenta devenu corps étranger est comprimé de toutes parts et poussé du côté où la résistance est la moindre, c'est-à-dire vers le segment inférieur et le col mou, flasques, paralysés. Il attire derrière lui les membranes qui se décollent et se retournent.

Mais pourquoi l'hémorrhagie qui accompagne et suit le décollement du placenta est-elle si minime? Il semblerait que la femme devrait perdre à flot par ses sinus utérins largement ouverts. Tout autre est l'état des vaisseaux avant l'accouchement ou après celui-ci; même il y a souvent des différences énormes entre les différents utérus après la délivrance. Pourquoi la femme meurt-elle d'hémorrhagie foudroyante par le fait d'un décollement prématuré du placenta? Pourquoi succombe-t-elle aussi subitement à l'hémorrhagie au cours de la délivrance ou quelques heures après cette dernière? L'utérus puerpéral reçoit, dans le même temps, quatre fois plus de sang que l'utérus à l'état de vacuité; chez la femme enceinte, le diamètre des artères utérines et utéro-ovariennes et de leurs branches est deux fois plus considérable que chez la femme non gravide; les deux collectrices veineuses qui ramènent à une veine utérine unique le sang du fond et du segment inférieur ont près de 1 centimètre de diamètre: aucuns de ces vaisseaux n'ont de valvules dignes de ce nom, comme dit Hyrtl. Voilà ce qui expliquerait la mort de toutes

les femmes au moment du décollement du placenta, s'il n'y avait pas un mécanisme spécial à fibre musculaire utérine pour prévenir ces accidents, et voici pourquoi les femmes succombent à l'hémorragie avant l'accouchement ou après la délivrance : ce n'est pas la simple élasticité, la rétraction passive qui produit l'occlusion des vaisseaux utéro-placentaires déchirés, mais bien la *rétraction active*, la *tonicité du muscle utérin*. C'est cette tonicité qui ramène l'utérus à un moindre volume, comprimant, pinçant dans ses mailles, oblitérant, ligaturant les vaisseaux pariétaux, réalisant l'hémostase avant le décollement. Quand la femme meurt d'hémorragie pendant ou après la délivrance c'est parce qu'il y a inertie utérine, c'est-à-dire qu'il y a suspension de la tonicité. La femme meurt d'hémorragie par décollement prématuré du placenta parce que la *rétraction active* hémostatique est impossible par suite de la présence du fœtus dans la matrice.

Comment se fait le décollement des membranes ? Les membranes, restées adhérentes à la paroi utérine qu'elles tapissent en grande partie, sauf au niveau du segment inférieur, ne subissent que peu ou point de modifications pendant le décollement du placenta. "Le chorion et la caduque ne se séparent de la paroi utérine, ne se décollent qu'après le placenta. C'est ce dernier qui, par son poids et par la poussée qu'il reçoit de la contraction et de la rétraction utérine, entraîne la séparation des membranes. Et cela quel que soit le mode de présentation du placenta." (Pinard et Varnier).

Souvent le placenta se trouve suspendu dans le segment inférieur de l'utérus, dans le vagin et même hors de la vulve par les membranes encore retenues et adhérentes dans la cavité utérine, d'où le précepte suivant émis par Pinard et Varnier pour éviter dans bien des cas la rétention des membranes : "Ne jamais commencer ou continuer des tractions sur le cordon *pendant la contraction utérine*, alors même que le placenta est déjà dans le vagin ou à la vulve."

Quelquefois le placenta est expulsé brusquement par une forte contraction utérine, et les membranes restent emprisonnées. Le placenta est alors découronné. C'est pourquoi la délivrance spontanée expose plus à la rétention des membranes que l'extraction simple.

2e Temps : *Descente du gâteau placentaire dans le vagin.*

J'ai expliqué plus haut pourquoi, après l'expulsion du fœtus, le fond de l'utérus rétracté est un peu plus bas que l'ombilic et pourquoi, au fur et à mesure que le placenta, décollé sous l'effort des con-

tractions, descend dans le vagin, l'utérus s'élève pour s'abaisser quand le gâteau placentaire est enfin tombé dans le vagin. Le passage du placenta dans le segment inférieur prend, en moyenne, de 15 à 20 minutes à s'accomplir.

La descente du placenta est d'autant plus rapide que le placenta est moins volumineux et qu'il n'est point retenu par l'adhérence des membranes.

Le placenta, dans la très grande majorité des cas, se présente par sa face fœtale, 75 fois sur 100. Mais il arrive souvent, 15 fois sur 100, que le placenta s'offre par son bord; c'est parce que le bord inférieur du placenta est inséré vers le col, et qu'en se décollant, au lieu de s'inverser en présentant sa face fœtale, il se roule sur lui-même en forme de cylindre ou d'oublié et selon la longueur de la matrice. Il descend ainsi par simple glissement, son bord inférieur apparaissant à la vulve, pendant que son bord supérieur est encore dans le corps de l'organe. Dans ce cas le sang extravasé n'est plus emprisonné, et il s'écoule au dehors en suivant le canal formé entre les membranes et le segment inférieur.

Dans un certain nombre de cas, beaucoup moins considérables, 9 fois sur 100, le placenta peut se présenter par sa *face utérine*, c'est qu'alors le glissement du placenta se présentant par un bord, ne se fait pas très régulièrement de champ. Le bord manque l'orifice et vient buter sur la paroi du segment inférieur opposée à l'insertion placentaire, et la face tomenteuse ou utérine se présente à l'orifice.

### 3e Temps : *Expulsion vaginale.*

La contraction utérine, qui a poussé le placenta sur le segment inférieur se continue quelquefois avec assez d'énergie pour le chasser en un même temps hors de l'utérus et du vagin à l'extérieur. Mais, en général, le placenta arrive dans le vagin et y séjourne depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs heures, d'après le professeur N. Charles 36 heures dans un cas, et 50 heures d'après Stolz,—suivant que le vagin a été plus ou moins distendu et qu'il a plus ou moins perdu son irritabilité et sa contractilité.

L'expulsion spontanée du placenta dépend de la contraction des muscles périnéo-pelviens (surtout releveur de l'anus) et de l'effort volontaire de la malade. Le placenta est expulsé comme le bol fécal dans l'acte de la défécation, comme le tampon introduit dans le vagin. (Charpentier).

Les contractions vaginales ont généralement peu d'influence sur

l'expulsion de l'arrière-faix. L'expulsion spontanée se fait surtout par la contraction utérine aidée de l'effort abdominal.

Après l'énumération de ces trois temps, vous voyez quelle importance il y a de se bien graver dans la mémoire ce mécanisme de la délivrance, afin de ne pas agir intempestivement, mais, au contraire, de savoir choisir le moment opportun de venir en aide à la nature, quelquefois incapable de terminer seule son œuvre.

Il est très facile de suivre, par le palper, l'évolution de ces divers temps de la délivrance. En effet, l'utérus variera dans sa forme et ses dimensions suivant que le placenta est décollé, qu'il est sur le segment inférieur ou dans le vagin. Aussitôt après l'expulsion du fœtus, quand l'accouchement se fait normalement, l'utérus prend une forme globuleuse, dure et régulière qu'on appelle le *globe de sûreté* de Pinard. La dureté n'est pas tout à fait la même chez la primipare ou la multipare. Chez cette dernière, elle sera beaucoup moins prononcée parce que le muscle utérin souvent distendu est moins puissant ; il est plus mou, plus flasque.

Je répète ce que j'ai dit plus haut : aussitôt après l'expulsion du fœtus, le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La cause : l'utérus s'est rétracté, le segment inférieur et le col confondus en un seul canal (canal cervico-utérin), forment un sac mou, flottant, dont les parois minces et repliées sur elles-mêmes, comme celles d'un accordéon vide d'air, cèdent sous le poids du corps de l'utérus. Au fur et à mesure que, sous l'effort de la contraction, le placenta se décolle, il descend dans le segment inférieur dont il distend les plis, en refoulant ainsi le corps utérin en haut. L'utérus varie alors dans son diamètre longitudinal qui augmente pendant que le diamètre transverse diminue. L'organe antérieurement sphérique s'est allongé et est devenu cylindrique.

Ce mouvement d'ascension est plus marqué et plus brusque lorsque le placenta se présente par sa face fœtale que par l'un de ses bords. Quand la main sent l'utérus s'affaïsser de nouveau c'est que le placenta a définitivement évacué l'organe et qu'il est tombé dans le vagin.

Le toucher fournit des indications précieuses pendant la délivrance, mais on doit le pratiquer le moins possible, surtout à cause du danger d'infection et puis le palper seul est suffisant en général. Le périnée et le vagin distendus, lacérés sont aussi très sensibles au moindre attouchement. Le doigt nous renseigne sur la surface du placenta qui se présente au segment inférieur. Il en reconnaît la face utérine à sa consistance et à ses sillons inter-cotyliédonaires, et la



face fœtale à l'insertion du cordon et aux flexuosités des vaisseaux ombilicaux. Il nous dit encore la hauteur du délivre.

La délivrance physiologique dure de quelques minutes à une demi-heure ou même à une heure.

*Conduite à tenir pendant la délivrance.*

Le sixième temps de l'accouchement, autrement dit l'expulsion du fœtus, est accompli, ; l'enfant est étendu sur le dos entre les jambes de sa mère, assez loin pour qu'il ne frappe pas, de ses pieds ou de ses mains, les parties génitales maternelles que le moindre atouchement irrite en même temps qu'il produit des sensations tout à fait désagréables à l'accouchée ; le médecin a fait l'antisepsie des yeux de l'enfant ou la prophylaxie de l'ophtalmie ; il a attendu pour ligaturer le cordon que les battements de la tige funiculaire aient cessé, c'est la période de délivrance qui commence et l'accoucheur doit se rappeler encore qu'il lui faut respecter les droits de la nature et laisser cette dernière terminer seule son œuvre quand tout s'accomplit physiologiquement. Cependant ce conseil de laisser agir la nature ne doit pas nous lier les mains et nous faire oublier qu'on peut très souvent aider favorablement les efforts de la femme et lui être d'un grand secours.

J'ai dit que le médecin fait de la prophylaxie de l'ophtalmie, et pour cette prophylaxie il se sert suivant son goût ou ses idées ou d'une solution d'acide citrique à 5 0/0, ou d'une solution de nitrate d'argent au 50e ou 100e, ou il prend tout simplement un citron qu'il fend en deux et dont il exprime le jus dans les yeux de l'enfant, après les avoir essuyés avec un linge aseptique.

J'ai dit aussi que le médecin attend pour ligaturer le cordon que les battements de la tige funiculaire aient cessé, d'abord, parce que l'enfant profitera d'une ondée sanguine de deux à trois onces de plus, et qu'il ne peut jamais y avoir trop de ce liquide nourricier surtout chez les débiles ou prématurés, ensuite le placenta se trouve par le fait même dégorgé d'une quantité égale de sang, ce qui facilite son décollement, enfin parce que cette attente, vous faisant oublier les tractions trop pressées sur le cordon ou une délivrance artificielle trop rapide sans nécessité, donne à la matrice le temps voulu pour son retrait.

Avant d'exposer la méthode d'attente ou le mode d'aide à prêter à la femme au moment de la délivrance, laissez-moi dire un mot de l'antisepsie de la délivrance qu'il ne faut pas oublier de pratiquer et

de bien pratiquer, car on est peut-être plus exposé à infecter le malade à ce moment plus qu'à tout autre instant de l'accouchement. Le col de l'utérus est plus ou moins déchiré, le vagin est rarement indemne de lacération et le périnée distendu est éraillé s'il n'est pas déchiré. Ces plaies sont autant de portes d'entrée aux microbes. Cette muqueuse œdématiée, meurtrie, fendillée logera volontiers les agents de l'infection.

Quand l'enfant a été enlevé d'auprès de la mère, et confié au soin d'une garde-malade, ou déposé dans un endroit convenable, le médecin s'occupe d'écarter toutes les matières qui peuvent souiller les parties génitales maternelles, telles que les excréments, les eaux de l'amnios, le sang. Ces matières sont surtout dangereuses quand on accouche les parturientes dans un lit mou, un lit de plumes ou sur un sommier dont l'élasticité est plus que douteuse, parce qu'alors le siège de la malade se creuse une loge qui va retenir plus facilement les impuretés. On n'a pas le même inconvénient si la parturiente est placée en travers du lit, le siège débordant ; dans ce cas toutes les matières étrangères tombent dans un vase placé en-dessous du lit. Pour protéger la femme, il faut, quand elle est à la fin de la période d'expulsion, lui glisser sous le bassin un drap de siège (tel que je l'ai décrit dans un numéro précédent de *L'Union Médicale*).

(1) Ce drap de siège soulève le bassin, l'empêche de baigner dans les liquides et permet de surveiller la vulve, le périnée, l'anus et la région ano-coccygienne.

Après l'expulsion du fœtus on rabat la partie supérieure du drap de siège et l'on recouvre la vulve de coton ou d'étoupe au sublimé. Quelquefois on est obligé de faire une toilette de la vulve et une injection vaginale, par exemple quand l'enfant est macéré ou putréfié ou que le liquide amniotique est fétide ou souillé de mœconium.

Enfin, on surveille l'utérus, en se rendant bien compte des caractères du globe utérin, de sa dureté, de sa hauteur ; on examine le pouls et le facies de l'accouchée et l'on attend, si rien ne presse, les contractions. La matrice plus ou moins fatiguée par le travail demande un peu de repos avant de reprendre sa force et son énergie ; elle ne se contracte pas aussitôt après l'expulsion du fœtus. Sachons reconnaître ce besoin de l'organe, car si on l'oublie et qu'on fasse des manœuvres intempestives ou des tractions précipitées sur le cordon, on arrachera par morceaux l'arrière-faix, on en brisera le cordon, et le plus souvent si l'on réussit à l'extraire en entier ce sera au prix

---

(1) *L'Union Médicale*, février 1900, page 82.

d'une inertie complète de l'utérus, qui nous paiera de notre mauvaise volonté par une hémorrhagie quelquefois mortelle, ou d'une inversion utérine dangereuse.

Il faut, en moyenne, de 15 à 20 minutes à la matrice pour se mettre de nouveau à l'œuvre et commencer, sous l'effort des contractions, le décollement du placenta et des membranes. Si vous avez eu les précautions ci-dessus indiquées, quant à la ligature du cordon, à l'antisepsie des parties génitales, et si vous avez pris le temps de bien vous laver les mains entre chacune de ces petites opérations, vous avez donné à la matrice le temps de se reposer, de se mettre à l'œuvre et peut-être de s'être débarrassée entièrement de son contenu.

*On observe trois modes de délivrance.*

1° La délivrance peut être *spontanée*, c'est-à-dire qu'elle se fait par les seuls efforts de la nature ;

2° Elle peut être *naturelle* ou mieux, suivant le mot d'Auvard, *favorisée*, quand, par l'expression ou les tractions, on aide la sortie des annexes ;

3° Elle peut être *artificielle* quand elle exige l'intervention active de l'accoucheur.

Parlons d'abord des deux premiers modes de délivrance que je réunis pour la facilité de l'explication et parce que sur le premier point il n'y a presque rien à dire.

Laisser agir la nature, quand tout est physiologique, est un conseil d'apparence séduisante. Mais lorsque la délivrance est abandonnée aux seuls efforts de la nature, elle est très lente ou très rapide. Presque toujours elle se fait si lentement que les femmes s'inquiètent, n'ont pas de repos, se fatiguent. Les caillots accumulés derrière le placenta empêchent le retrait de l'utérus qui se laisse distendre et se trouve par là exposé à l'inertie et à l'hémorrhagie.

En plus, le médecin ne peut pas demeurer indéfiniment auprès de la patiente qu'il ne peut cependant pas abandonner tant que la délivrance n'est pas complète. D'un autre côté, quand l'expulsion spontanée est rapide, la mère est exposée à la rétention des membranes, parce que le délivre peut sortir trop brusquement avant que les membranes ne soient décollées, d'où déchirure des membranes et leur rétention dans l'utérus.

Si l'accoucheur ne doit pas attendre indéfiniment il ne doit pas non plus trop se hâter. Son intervention doit être intelligente et rationnelle, c'est-à-dire qu'il doit attendre patiemment que le placenta

soit décollé et descendu en grande partie dans le vagin. *A ce moment seulement*, si aucun accident n'a contraint l'accoucheur à intervenir plus tôt, *on a le droit et le devoir d'achever la délivrance.*

Lorsque l'accoucheur a attendu de vingt à trente minutes après l'expulsion du fœtus, temps nécessaire au décoillement physiologique du placenta, il s'assure si le décollement et la descente du gâteau placentaire se sont accomplis. Deux moyens sont à sa disposition pour connaître ces deux temps de la délivrance : constatation indirecte de la descente placentaire par la recherche du mouvement ascensionnel et constatation directe du degré d'abaissement du placenta par le toucher.

La constatation indirecte s'effectue par le palper. L'accoucheur se rappellera les différents mouvements qu'accomplit l'utérus pendant la délivrance. La main du médecin appliquée sur le fond de l'utérus verra si celui-ci s'élève ; elle constatera s'il se durcit, s'il forme le *globe de sûreté*, ou si au contraire, l'utérus, tout en s'élevant devient mollassé, fluctuant. Ces deux impressions différentes n'ont pas la même signification ; dans le premier cas le mouvement ascensionnel est physiologique, dans le second, il est pathologique : l'utérus se développe sous la pression du sang qui s'accumule dans sa cavité, il y a hémorrhagie interne.

On peut encore être en droit de croire que le placenta et les membranes sont décollés quand sous la plus légère traction, on attire hors de la vulve un segment du cordon long de 15 à 18 centimètres.

La constatation directe se fait au moyen du toucher pratiqué aseptiquement. Après s'être soigneusement lavé et désinfecté les mains, et après avoir donné une injection vaginale antiseptique et avoir fait une toilette vulvaire minutieuse, on introduit l'index avec douceur à travers la vulve, qu'on écarte de chaque côté avec deux doigts de l'autre main.

Trois cas peuvent se présenter :

1° *Le placenta est profondément engagé dans le vagin* ; le doigt le touche presque immédiatement et arrive facilement au niveau de l'insertion du cordon sur le placenta : *la délivrance vaginale doit être pratiquée* ;

2° *Le placenta décollé, accessible au doigt, est arrêté dans le canal cervical.*

Il existe deux causes d'arrêt ;

I. Le placenta peut être arrêté par les obstacles physiologiques qui se forment au cours de la délivrance, tels que coudure brusque du corps de l'utérus sur le segment inférieur, volume trop considé-

nable du placenta, l'altération de son tissu, l'accumulation de caillots dans les membranes, un léger degré de rétraction du col. Pour vaincre cette cause d'arrêt la femme n'a qu'à faire quelques efforts d'expulsion ou le médecin fait une pression modérée sur le fond de l'utérus, et le placenta tombe rapidement dans le vagin.

II. Le placenta est arrêté dans sa descente parce que le décollement n'est pas total ou que les membranes sont encore adhérentes. Dans ce cas, si les efforts de la femme ou l'expression l'égère de l'utérus ne suffisent pas, on doit *attendre si rien ne presse, intervenir si l'état de la femme l'exige.*

3° *Le placenta n'est pas accessible.* Quand le doigt, qui pratique le toucher, ne peut atteindre le placenta, on doit s'abstenir de toute intervention tant qu'aucun accident n'exige la prompte délivrance de l'accouchée.

La délivrance naturelle ou favorisée ou par extraction simple comprend trois méthodes .

1° Délivrance par traction

2° Délivrance par expression ;

3° Délivrance par traction et expression ou méthode mixte.

#### 1° *Délivrance par traction.*

Avant de faire aucune traction sur le cordon il faut bien s'assurer que le placenta n'est plus retenu dans la cavité utérine. J'ai déjà donné les signes qui indiquent la descente du placenta dans le col et le vagin ; par la hauteur plus ou moins marquée du fond de l'utérus on reconnaît facilement les différents mouvements de descente du placenta. La traction ne doit être faite que quand le placenta est non seulement engagé dans le col, mais lorsqu'il est presque entièrement sorti du col. Quand l'expulsion du fœtus a eu lieu le fond de l'utérus (dans les grossesses simples bien entendu) est descendu à l'ombilic, puis au fur et à mesure que le placenta détaché s'engage dans le col, le fond remonte de quelques doigts pour redescendre beaucoup plus bas que l'ombilic lorsque le placenta est dans le vagin ou presque dans le vagin. Ce n'est qu'à ce moment que les tractions sont permises. C'est ce que Ribemont-Dessaignes appelle la délivrance vagino-utérine.

Le fœtus en exécutant sa sortie de l'utérus a suivi l'axe de la filière génitale ; il en est de même pour le placenta qui devra parcourir le même chemin. Si l'on doit faire des tractions sur le cordon, on devra les exécuter d'abord suivant l'axe utérin, c'est-à-dire en *arrière* et en *bas*, puis suivant l'axe *vaginal*, c'est-à-dire *directement en avant*.

Les tractions ne seront pas brusques et fortes, elles doivent être lentes, soutenues, mesurées, progressives. Il faut pour ainsi dire tendre le cordon et rien de plus, d'après le conseil de Pajot *tendre et attendre*. Le cordon seul est saisi près de la vulve entre le pouce et l'index de la main droite et enroulé autour de ces deux doigts. Les membranes ne seront pas saisies avec le cordon. On les repousse au fur et à mesure qu'elles sortent et on en recouvre le placenta. Quelques accoucheurs conseillent de se servir d'une compresse bouillie ou d'un petit gâteau d'ouate antiseptique pour envelopper le cordon avant d'y toucher. Cette précaution excellente en soi n'est pas nécessaire d'après moi si l'on a soin de bien se désinfecter les mains avant la délivrance.

Pour bien exécuter la descente du placenta Mauriceau et Pajot ont recommandé la manœuvre dite de la *poulie de renvoi*. Sans cette manœuvre, si les tractions ne sont pas faites bien en bas et en arrière, le placenta vient buter sur le pubis et s'y accroche. Avec la poulie de renvoi les doigts engagés dans le vagin repoussent dans l'axe du bassin le placenta qui est le plus souvent en avant.

La poulie de renvoi est constituée par deux doigts de la main gauche, l'index et le médius, introduits dans le vagin immédiatement derrière le pubis. Les deux doigts juxtaposés sont placés à cheval sur le cordon qu'ils repoussent en arrière pendant que les deux premiers doigts de l'autre main sur lesquels est enroulé le cordon font les tractions telles que décrites plus haut. Il ne faut pas oublier que ces tractions doivent toujours être *intelligentes*.

“La manœuvre de la *poulie de renvoi*, dit Ribemont-Dessaignes, est surtout avantageuse quand l'utérus est en antéversion ou que le siège de l'accouchée est profondément enfoncé dans une dépression du lit. En règle générale, pour que les tractions soient bien dirigées, il suffit d'ailleurs de corriger l'antéversion utérine par une pression exercée sur le fond de l'organe; en même temps on soulève le siège de l'accouchée à l'aide de deux draps non dépliés, ou bien l'on place la femme dans le décubitus latéral.”

N. Charles, de Liège, trouve mauvaises les tractions sur le cordon et la manœuvre de la *poulie de renvoi*. “Les tractions sur le cordon, dit-il, ont donné lieu à bien des abus, à bien des accidents; Hippocrate recommandait les tractions lentes et graduées; pour cela il ne détachait pas l'enfant du cordon et le déposait sur un outre remplie d'eau; de petites ouvertures permettaient un léger écoulement du liquide, de sorte que le placenta était tiré peu à peu à l'extérieur.

“De nos jours, on a préconisé un procédé aussi singulier. On

conseillait de faire des tractions avec la main gauche, en ayant soin de presser sur le cordon d'avant en arrière avec deux doigts de la main droite introduits dans le vagin ; c'était *une poulie de renvoi* ayant pour but de tirer selon l'axe de l'utérus. De cette façon, les deux mains étaient occupées et l'on surveillait mal la matrice, puisqu'il fallait pour cela interrompre la manœuvre. Du reste, cette poulie de renvoi est absolument inutile ; il suffit de redresser l'organe d'une main et de tirer en bas et en arrière avec l'autre.'

Les tractions sur le cordon si elles sont intempestives ou trop fortes peuvent produire une inversion utérine, ou une déchirure du cordon qui sera d'autant plus facile que le cordon est plus grêle, peu résistant, putréfié, divisé ou inséré sur les membranes (insertion vilamenteuse).

La déchirure du cordon se sent assez facilement quand elle se fait et l'on peut arrêter à temps les tractions si l'on prête l'attention voulue. Toutefois si la déchirure est complète, il n'y a pas lieu de s'alarmer parce qu'il nous reste encore la méthode d'expression qui vaut certainement la méthode des tractions.

Les tractions intempestives ou trop violentes sont la cause de contractions irrégulières, spasmodiques, douloureuses qui produisent l'enclôtonnement du placenta ou la rétention des débris placentaires ou membraneux, d'où inertie, hémorrhagie, infection.

La main qui a saisi le cordon au ras de la vulve suit en sens contraire la descente du cordon et du placenta c'est-à-dire qu'au fur et à mesure que le cordon descend et sort de la filière pelvienne elle se rapproche du placenta, en étale bien les membranes autour du placenta et l'enrôle complètement dans les membranes.

Quand le placenta est à demi dégagé, la main gauche se place au-dessous, en empêche la sortie trop brusque pendant que la main droite l'empoigne et le roule plusieurs fois sur lui-même dans le but de former en arrière de lui une espèce de corde avec les membranes, ce qui, dit-on, empêcherait les membranes de se déchirer. Si la torsion est trop forte ou trop longtemps continuée, on produirait exactement ce que l'on veut éviter, c'est-à-dire leur déchirure. Quant à moi, je n'enroule jamais les membranes et je n'ai pas à m'en plaindre et j'ai bien moins souvent cette déchirure.

Quand le placenta est hors de la vulve et tenu de la main gauche, deux doigts de la main droite vont pincer les membranes encore retenues dans le vagin et les attirent doucement et insensiblement à l'extérieur. Il ne faut jamais alors faire de traction sur le placenta ; il faut de la patience et de la douceur. Si les membranes sont encore

adhérentes et ne se détachent pas facilement on peut les attacher au ras de la vulve avec un fil aseptique, les couper en dehors de la ligature, enlever le placenta. Le fil et le peu de membranes retenues seront extraits peu à peu et complètement après quelques heures ou quelques jours sans danger pour la mère, surtout si l'on fait beaucoup d'antisepsie.

La délivrance est terminée, il faut examiner attentivement chaque partie constituante du délivre et voir s'il est complet dans son placenta et chacune des membranes. On ne peut prêter trop d'attention dans cet examen et le faire en présence de la garde-malade ou des parents, car on pourrait plus tard s'il y avait de la fièvre nous accuser d'avoir laissé dans l'utérus des morceaux de cotylédons ou des débris de membranes. Le placenta, face utérine en haut, et bien étalé dans les deux mains est examiné soigneusement, on y cherche si tous les cotylédons sont entiers, s'ils ne sont pas séparés par un espace plus ou moins large. Cet examen du placenta, outre qu'il nous indique son intégrité, nous renseigne souvent sur des maladies de la mère, telles que albuminurie et syphilis. On retourne ensuite le placenta, on réforme le sac amniotique et l'on cherche les trois membranes qui constituent ce dernier, amnios, chorion et caduque. L'amnios se sépare assez facilement du chorion, mais ce dernier est très adhérent à la caduque. Presque toujours les trois membranes intactes se décollent de l'utérus et sortent entières; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dernièrement je terminais une délivrance en présence des étudiants. Je leur étalais le placenta complet; et heureusement pour leur instruction, les membranes n'avaient pas suivi le placenta. Seul l'amnios était sorti intact, tandis que le chorion et la caduque étaient encore adhérents à la surface utérine. J'introduisis ma main dans l'utérus pour aller à la recherche de ces membranes. Comme elles étaient très adhérentes, je ne cherchai pas à les enlever de force, je donnai une injection intra-utérine et je mis la malade au lit. Les membranes se décollèrent et sortirent seules le second jour des couches. Il n'en aurait pas été de même si c'eût été un débris de cotylédon qui fut resté dans l'utérus. Je l'aurais enlevé immédiatement.

En étalant les membranes, il ne suffit pas de voir si elles sont entières ou intactes, il faut de plus chercher s'il n'y a pas un placenta surnuméraire, ou secondaire, ou succenturié qui pourrait rester dans l'utérus. On le reconnaîtrait par la présence sur les membranes d'un vaisseau sanguin plus ou moins volumineux qui partirait du placenta ou du cordon et serait déchiré, béant à son extrémité mem-



brancuse, c'est-à-dire, sans aboutissant placentaire. Le calibre des vaisseaux sectionnés, interrompus, nous renseigne approximativement sur le volume du placenta succenturié avec lequel il est en rapport. S'il y a plusieurs groupes de ces vaisseaux qui sillonnent les membranes dans des directions différentes, on croira à l'existence de plusieurs cotylédons accessoires.

### 2° *Délivrance par expression.*

La délivrance par expression dite méthode de Crédé fut employée très longtemps avant que Crédé en formulât les règles. Mauriceau conseillait, dans la délivrance difficile par traction, à une garde-malade bien avisée " de rechercher de quel côté était situé l'arrière-faix, et de presser légèrement avec le plat de la main le ventre de l'accouchée, la menant doucement en bas comme par manière de friction et ayant égard surtout à ne pas le faire trop rudement." Dionis emploie la même méthode. R. W. Johnson (1769), J. D. Buch (1803), Hardy et Mac-Clintock (1848) font de l'expression utérine au lieu de la traction. Mais c'est à Crédé et à ses élèves que revient l'honneur d'avoir employé systématiquement cette méthode et de l'avoir vulgarisée et répandue dans le monde entier.

Crédé s'exprimait ainsi, en 1846-48, à la Polyclinique de Berlin:

" Le moyen le plus simple pour provoquer artificiellement la sortie du placenta consiste à stimuler et à soutenir la contraction paresseuse. Dans un très grand nombre de cas, j'ai toujours réussi, même après un travail lent, un *quart d'heure ou une demi-heure après la naissance de l'enfant*, à exciter les contractions utérines énergiques par des frictions d'abord légères, puis vigoureuses sur le fond de l'utérus à travers les parois abdominales. Aussitôt que la contraction était arrivée à son maximum d'intensité, je saisisais la matrice avec la main entière, de façon à ce que le fond de l'organe se trouvât dans le creux de main, les doigts appliqués sur tout l'organe exerçant sur lui une pression douce. Souvent les doigts sentaient le placenta sortir de la matrice, et fréquemment avec une telle intensité qu'il franchissait la vulve ou se logeait dans la partie inférieure du canal vaginal. La femme n'éprouve d'autre sensation que celle d'une contraction utérine plus énergique. Il n'est pas nécessaire de contrôler l'effet par l'introduction des doigts."

Ces derniers mots indiquent un des avantages de la méthode Crédé sur les tractions. Il n'est pas nécessaire d'introduire les doigts dans le vagin, de là moins de danger d'infection. Nous verrons plus loin les autres avantages et ses inconvénients, même ses dangers.

Crédé ne s'en tint pas toujours à ces règles, qu'il définissait en 1846-48. Il formula de nouveaux préceptes et c'est là où pèche sa méthode. Lui et ses élèves prescrivent de faire l'expression immédiatement après l'expulsion du fœtus. Les Français, avec raison s'élevèrent contre cette méthode par trop douloureuse ; même certains compatriotes de Crédé en atténuent la sévérité et attendent un quart d'heure au moins, pour que la majeure partie du placenta soit engagée dans le vagin. Dohrn, un des partisans de cette dernière méthode d'expectation, donne les statistiques suivantes comparées entre les deux modes :

Accidents survenant à la suite de l'expression utérine hâtive et tardive : hémorrhagies 21 0/0 quand l'expression est pratiquée en deça de 15 minutes après l'expulsion du fœtus ; 4 0/0 quand elle est faite entre 15 et 30 minutes après ; déchirures et rétention des membranes 11 0/0, 1 1/0 ; lochies fétides 28 0/0, 5 0/0 ; fièvre avec lochies fétides 16 0/0. L'expectation dans cette méthode est donc à l'avantage de la malade.

Ahlfeld, un autre adepte de la *méthode expectante*, dans un travail sur le sujet, conclut que la méthode de Crédé hâtive doit être abandonnée pour les accouchements normaux ; elle doit faire place au procédé physiologique, à la *méthode expectante*. Voici ce que dit Henri Varnier, dans " La Pratique des Accouchements, Obstétrique journalière," à propos des deux manières d'agir de Crédé et d'Ahlfeld : " La conclusion à tirer de là, c'est que l'expression tardive du placenta ne saurait sans injustice conserver le nom de procédé, méthode ou manœuvre de Crédé. Si l'on veut être juste, il faut dire manœuvre d'Ahlfeld, ainsi que va le prouver l'exposé de ce que l'accoucheur de Marbourg appelle la *méthode expectante* :

" Une heure et demie après l'accouchement, (alors que tout se passe normalement, c'est-à-dire sans hémorrhagie, soit dans 80 0/0 des cas), la vessie ayant été évacuée, on commence l'expression du placenta.

" Dans ce but, la personne qui surveille l'accouchement contourne le fond de l'utérus avec quatre doigts dont elle dirige l'extrémité en arrière vers les vertèbres lombaires, et qu'elle coule le long de la paroi postérieure du fond et du corps de l'utérus pendant que le pouce est appliqué sur la paroi antérieure. Lorsqu'après l'évacuation de l'urine l'utérus n'est pas sur la ligne médiane, il y est ramené par la susdite manœuvre. Plusieurs fois les doigts sont ramenés vers le sommet de l'utérus puis de nouveau poussés en bas le long de l'organe, ce qui produit une forte excitation. L'utérus ayant durci, il faut alors pousser surtout avec l'éminence thénar en

même temps que la paume de la main se ferme sur le fond ; le placenta fait bomber le périnée et apparaît dans la fente vulvaire. A ce moment il n'est pas nécessaire de pousser ou très peu car habituellement l'accouchée aide par ses efforts à l'expulsion complète du placenta. Aussi prenons-nous soin de modérer la traversée de l'orifice vulvaire afin que le placenta ne soit pas projeté sans appui ; sinon dans les cas où les membranes retroussées ne suivent pas directement et facilement, une déchirure pourrait s'en suivre qu'il faut autant que possible éviter."

Ahlfeld réclame pour sa méthode les avantages suivants : le mécanisme physiologique de la délivrance n'est pas troublé, le placenta et les membranes sont expulsés en totalité ; moins d'hémorragie : l'hématome rétro-placentaire joue le rôle de tampon et hâte la thrombose des vaisseaux placentaires.

Varnier se déclare partisan de la méthode d'Ahlfeld, sans toutefois attendre plus d'une demi heure pour faire l'expression. Voici la raison qu'il donne pour ce faire : "Alors que le mécanisme de l'inversion s'exécute dans toute sa pureté (c'est la règle), l'engagement profond du placenta dans le vagin—engagement révélateur du décollement des membranes—est effectué bien avant ce temps. Dans les cas rares où il ne l'est pas, où le placenta, face fœtale en avant, s'attarde par trop dans le segment inférieur, c'est souvent, pour ne pas dire le plus souvent, parce que la coupe rétro-placentaire est déjà trop pleine. L'utérus est alors à chaque instant pris de syncope ; chaque relâchement augmente le volume de l'hématome et par suite la difficulté mécanique à l'accomplissement du 3e temps. Je crois bien faire en aidant par un vigoureux coup d'expression ce 3e temps, quitte à ralentir ensuite le mouvement et à faire traîner un peu la sortie des membranes peut-être encore adhérentes ou au moins pincées par la coudure. Que de fois n'ai-je pas vu, en pareil cas, l'expression pousser à l'entrée du vagin une poche membraneuse bleûâtre, pleine de sang, et dont la rupture spontanée ou artificielle faisait immédiatement céder la résistance qui jusque-là semblait insurmontable."

En résumé la vraie méthode de Crédé, c'est-à-dire la méthode hâtive, est impuissante à vaincre les adhérences anormales de l'arrière-faix, elle expose à la déchirure et à la rétention des membranes, à l'inversion utérine, à l'enchatonnement du placenta, elle ne met pas à l'abri des hémorragies immédiates ou secondaires ; et elle est de plus douloureuse.

La méthode de Crédé modifiée, ou d'Ahlfeld ou *méthode expectante*, sans cependant être aussi prolongée que le veut Ahlfeld, offre les

avantages suivants outre ceux énumérés plus haut ; elle n'expose pas à la rupture du cordon ; elle hâte le décollement du placenta et suffit peut-être à détruire certaines adhérences légères ; elle facilite la délivrance lorsque l'utérus est en autéversion ; elle évite l'introduction des doigts dans le vagin.

Ribemont-Dessaignes est d'avis qu'elle peut être employée dans les cas où le cordon, fragile ou tirailé intempestivement, s'est rompu, car elle évite alors l'introduction de la main dans le vagin et le col de l'utérus, de même lorsque le placenta se présente par sa face utérine. " Il est en effet facile de se rendre compte, dit-il, qu'en pareil cas la moindre traction exercée sur le cordon a pour résultat immédiat de déchirer les membranes."

Ma pratique tant en clientèle privée qu'à la maternité est d'attendre de vingt à trente minutes après l'expulsion du fœtus et de faire de l'expression utérine sans toucher au cordon. Je n'ai pas encore adopté la pratique de Lepage qui coupe le cordon au ras de la vulve pour n'être pas tenté de tirer sur lui. Quand le placenta sort de la vulve, je le saisis à pleine main en ayant soin de l'envelopper complètement avec les membranes, et je prends mon temps pour terminer l'extraction qui doit se faire presque seule. Si l'on va trop vite, le placenta vient bien, mais les membranes se déchirent. Donc encore beaucoup de patience pour la sortie complète des membranes.

### 3<sup>o</sup> *Méthode Mixte.*

La première méthode ou méthode des tractions est ce qu'on pourrait appeler l'ancienne méthode française, tandis que cette 3<sup>e</sup> méthode mixte porterait le nom de méthode française nouvelle. C'est une combinaison de l'ancien usage français mieux entendu, plus raisonné, et de la méthode de Crédé adoucie également raisonnée. Pinard en donne une description dans la *Pratique des accouchements, obstétrique journalière*, par Henri Varnier. C'est la méthode de Pinard. J'en donne ici les principaux traits. Comme le décollement du placenta et son engagement ne sont, dans la pluralité des cas, effectués qu'après la première demi-heure écoulée, il ne faut pas pratiquer le toucher pendant la demi-heure qui suit l'expulsion du fœtus. On surveille l'utérus par l'exploration externe, et on observe les caractères du pouls. *Un mouvement ascensionnel exagéré du fond de l'utérus, ainsi que l'accélération du pouls, un écoulement sanguin considérable ou continu, autorisent seuls l'examen direct ou l'intervention pendant cette période.*

Quand Pinard dit une demi-heure pour le décollement et l'engagement du placenta, il ne faut pas croire que ce soit mathématiquement une demi-heure pour tous les cas. Chaque cas porte ses caractères propres, une demi-heure chez l'un,  $\frac{3}{4}$  d'heure chez l'autre,  $1\frac{1}{2}$  heure, 2 heures chez les autres. Se fier au pouls et à la palpation pour l'intervention.

*La première demi-heure écoulée, le toucher doit être pratiqué.* Saisir le cordon d'une main, et de l'index de l'autre main, suivre le cordon et pénétrer dans le vagin, chercher comment le placenta se présente, par sa face fœtale, par son bord ou par sa face utérine, voilà le premier temps de l'opération.

Le placenta se présente-t-il par sa face fœtale, le cordon est saisi aussi près que possible de la vulve, à l'aide d'une main,—Pinard préfère la main droite,—entre le pouce et l'index, soit à nu, soit enveloppé d'un petit tampon d'ouate. La main gauche va à la recherche du fond de l'utérus qu'elle doit nettement reconnaître et saisir. Cela fait, *les deux mains vont agir simultanément, l'une en exerçant une traction sur le cordon, l'autre en exerçant une pression sur l'utérus.* Si l'insertion du cordon est derrière la symphyse, on doit tirer directement de haut en bas, ce qui est rendu facile par l'élévation du siège; si l'insertion est à gauche ou à droite, on dirige les tractions de gauche à droite ou de droite à gauche; et enfin, si le cordon est couché sur la paroi postérieure du vagin et l'insertion tout à fait en arrière, on tire de bas en haut.

La main gauche qui saisit le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, doit exercer une pression dirigée de *haut en bas et d'avant en arrière.* Compression, abaissement et redressement de l'utérus, tel doit être le résultat simultanément de l'action de la main gauche.

L'action des deux mains doit être absolument synergique et ne s'exercer que *pendant l'intervalle des tractions.* L'action des deux mains doit toujours être lente et soutenue. Toute action brusque, saccadée et violente doit être proscrite. La durée de l'intervention est souvent de dix minutes à un quart d'heure. Lorsque la grande circonférence va franchir la vulve, la main droite doit abandonner le cordon et venir recevoir la masse placentaire qui ne doit pas tomber brusquement.

Quand le placenta, en se dégageant à la vulve, a une tendance à se décoiffer de ses membranes, il faut le réenvelopper, afin que l'action de la pesanteur puisse s'exercer sur une plus large surface. Pinard imprime des mouvements de rotation au placenta, pour transformer le voile membraneux en un cordon seulement dans certains cas. Quand on fait exécuter dit-il, à la masse placentaire un certain nombre

bre de tours, il faut alors constater si le cône des membranes a une tendance à se prolonger dans la profondeur des organes génitaux ou à se rapprocher du placenta. Dans le premier cas, on peut et on doit continuer les mouvements de torsion, et cela jusqu'au moment où toute résistance sera vaincue et où le long cordon représenté par les membranes tombera seul. Au contraire, quand le cône se rapproche du placenta, il faut cesser les mouvements de torsion qui n'auraient, étant continués, d'autre résultat que de faire rompre le cordon membraneux à peu de distance du placenta. On doit alors attendre et si les membranes n'ont aucune tendance à se décoller, il vaut mieux appliquer une ligature et les sectionner. Il ne faut pas, surtout, introduire la main pour aller essayer de les décoller, ce qui serait souvent impossible et toujours dangereux.

*Présentation du bord.*—D'après Pinard, lorsque le placenta se présente par son bord, c'est-à-dire lorsque le cordon légèrement tendu est, non plus perpendiculaire, mais parallèle à la face fœtale, il faut abandonner, immédiatement, toute idée de traction. *L'expression seule doit être employée*; mais l'expression, dit Pinard, s'exécutera comme nous l'avons dit en parlant du procédé de traction et d'expression combinées. C'est-à-dire qu'on ne commencera à l'exécuter que quand le doigt aura senti l'insertion du cordon, et qu'elle aura toujours lieu dans l'intervalle des contractions.

*Présentation de la face utérine.*—On ne doit pas trop se hâter d'intervenir. *L'expression seule*, comme dans la présentation du bord, et dans les mêmes conditions, doit intervenir. L'insertion vélalemente du cordon, et l'adhérence du cordon à l'amnios—fait absolument rare,—commandent la même intervention.

Comme on le voit, la méthode de Pinard est compliquée, très compliquée; elle comporte beaucoup d'indications assez difficiles à retenir. Il faut être au courant du mécanisme de la délivrance pour l'appliquer sûrement. Elle demande une main de maître, et un jugement d'accoucheur accompli pour son exécution. Je lui préfère la pratique de Ribemont-Dessaigues si l'on veut faire de l'expression et de la traction. "La meilleure pratique, dit ce dernier accoucheur, consiste à placer sitôt après l'accouchement une main sur le fond de l'utérus, à le frictionner doucement de façon à entretenir l'état de rétraction du muscle utérin et à éveiller ses contractions pour solliciter le décollement du placenta. Lorsque ce décollement est obtenu, et que le placenta est au moins en partie engagé dans le vagin, on exerce des tractions sur le cordon, tout en continuant à frictionner l'utérus et au besoin en exerçant sur lui une certaine pression."

Voilà pour la délivrance naturelle; il me restera à parler plus tard de la délivrance artificielle.

## ARTHRITE AIGUË BLENNORRHAGIQUE.

## SYMPTÔMES ET TRAITEMENT.

Par le Dr T. PARIZEAU, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,  
Professeur agrégé à l'Université Laval.

(Suite et fin.)

*Période d'état.*—C'est souvent au milieu de la nuit que surviennent les phénomènes de la seconde période. Les malades qui se sont endormis, faisant plus ou moins bon ménage avec leurs douleurs vagues, sont brusquement éveillés par une souffrance intolérable, déjà accompagné d'un gonflement manifeste et suivie de près par le troisième grand symptôme, l'impotence fonctionnelle. La douleur du rhumatisme blennorrhagique finit toujours par se calmer, dit M. le professeur Fournier, grâce au repos. Mais dans l'arthrite aiguë proprement dite, excessive, remarquablement violente, elle est bien légèrement influencée par le repos. C'est la douleur atroce, comme l'appelait Swediaur. Jusqu'à l'application d'un traitement approprié, elle persiste avec la même intensité, procédant par exacerbations et accalmies, prédominant surtout la nuit, spontanée mais s'exagérant au moindre mouvement et privant les malades de tout sommeil, en vertu de l'impossibilité pour eux d'immobiliser leur jointure en dormant.

Elle s'exagère par les mouvements, disons-nous. Il est facile de s'en rendre compte auprès des malheureux qui geignent et se lamentent dès qu'on les touche. Veut-on apprécier le jeu de l'articulation, ce sont cris et pleurs même chez les gaillards les plus robustes. Du reste, les mouvements sont déjà en partie supprimés par l'infaillible et banale contracture musculaire défensive.

Le doigt porté sur toute la région permet de reconnaître comme point maximum de la douleur l'interligne articulaire. Sur cet interligne se trouvent des points d'élection variables pour chaque jointure (Brun). Au poignet, ce sont les sommets des apophyses. Au coude ce sont aussi les parties latérales de l'interligne. La coulisse bicapitale et le sommet du creux axillaire sont à l'épaule les deux

points maximum. Nous avons cru remarquer au genou la mobilité de ces points douloureux. C'est cependant encore sur les parties latérales qu'on les trouve le plus souvent. Et somme, ces points d'élection existeraient dans les portions de l'interligne le moins protégées par les parties molles et par conséquent les plus accessibles au doigt explorateur.

La *tuméfaction* suit de près l'apparition de la douleur. A peine quelques heures séparent-elles le début de ces deux symptômes. Bien rarement le phénomène douleur peut cependant précéder le gonflement de quelques jours. Il est, la plupart du temps, difficile de se rendre compte du point de départ de l'enflure puisque les malades nous arrivent avec un article complètement envahi. Cependant, on a remarqué que le gonflement débutait au niveau de l'interligne articulaire. Mais il déborde bientôt au-dessus et au-dessous et sa tendance à diffuser est extrême. Néanmoins, il se plaît davantage en certaines parties des articulations et l'on a fait remarquer avec justesse que la face dorsale des membres était plus hâtivement et plus complètement envahie. La face palmaire et les faces latérales suivent de près et l'on se trouve alors en présence d'une jointure presque cylindrique. Il est vrai d'ajouter que dans certaines formes, au début tout au moins, la déformation affecte une autre apparence. En effet, dans certaines arthrites aiguës du genou à grand épanchement primitif suivi plus tardivement de gonflement périarticulaire, la déformation de l'article est un peu spéciale. La partie du genou situé au-dessous de la rotule est au début peu touchée. Quand à celle-ci, elle apparaît coiffée en quelque sorte par l'énorme bourrelet en fer à cheval que dessinent au-dessus d'elle les culs-de-sac de la synoviale distendue par l'épanchement.

L'articulation du coude semble se prêter avec une complaisance particulière au développement de l'œdème périarticulaire, et on l'a vu atteindre en haut jusqu'au tiers supérieur du bras pendant qu'il envahissait en bas les deux tiers inférieurs de l'avant-bras.

On s'est demandé de quels éléments était faite la tuméfaction. Le liquide articulaire d'une part, l'œdème périarticulaire de l'autre en sont les deux éléments primitifs. Plus tard viendra s'y ajouter une troisième cause, laquelle maintiendra la déformation même après la disparition des deux autres. Nous voulons parler de l'augmentation des extrémités osseuses signalée par Lasègue, Gosselin, admise par Bouilly. Cette troisième cause peut nous donner l'explication de ces jointures à forme bizarre qui persiste même après guérison complète.



Nous avons invoqué comme cause du gonflement, l'épanchement intra-articulaire. M. Brun paraît vouloir le mettre tout à fait hors cause. Le liquide articulaire n'y est pour rien, dit-il. On n'en trouve que peu, ou même pas du tout, comme nous l'assure l'absence du choc rotulien ou tout au moins sa faible intensité.

Il nous semble nécessaire de faire ici deux parts aux arthrites aiguës blennorrhagiques, celle qui revient à ce que M. Delbet appellerait volontiers "la forme sèche" (avec un peu de liquide et un gonflement périarticulaire prononcé), et la forme à grand épanchement. Même dans cette forme les tissus périarticulaires prendront leur part de la phlegmasie, mais d'une façon secondaire et plus tardivement. L'une comme l'autre forme du reste se caractérisent par les symptômes violents, douleur et autres, dont l'apparition et la durée ne laissent aucun doute sur la nature aiguë de l'arthrite.

Quant au rôle de l'œdème périarticulaire dans la tuméfaction des "formes sèches", il nous paraît incontestable. Cet œdème est en général dur, garde, sous forme de godets, l'empreinte du doigt, rend impossibles les plis de la peau et s'étend quelquefois très au loin.

L'augmentation de volume des épiphyses est, dit-on, facile à constater par une palpation profonde. Nous ne l'avons jamais sentie bien nettement. Mais notre excuse repose sur ce fait qu'il est bien difficile, à travers les parties molles tuméfiées à ce point, de faire la part du gonflement osseux.

En résumé, nous croyons pouvoir invoquer comme cause de la tuméfaction les trois éléments suivants : l'épanchement, l'œdème périarticulaire et enfin l'augmentation de volume des extrémités osseuses. Selon la forme de l'arthrite, la première ou la seconde de ces causes prédomine, la troisième survenant presque infailliblement pour compléter l'œuvre des deux premières.

La peau est-elle touchée par le processus inflammatoire ? Présentement elle des modifications quelconque ? Elle est le plus souvent indemne. Cependant au niveau des petites articulations, où son voisinage avec les parties malades est immédiat, ou encore dans certaines formes très aiguës et pour les articulations telles que le poignet et le coude, elle peut prendre une coloration rosée ou même tout à fait rouge, au point de faire croire à une affection phlegmoneuse de la région. Pour les grandes jointures, comme l'épaule ou le genou, il est rare d'observer de telles modifications des téguments, à moins que l'arthrite ne s'y complique d'inflammation des bourses séreuses et des synoviales tendineuses du voisinage. L'état plus superficiel de ces parties explique alors la rougeur de la peau que les phénomènes

inflammatoires profonds de l'arthrite proprement dite n'ont guère pu influencer.

La température locale, le fait est constant, présente une élévation considérable; l'apparition et surtout l'augmentation précipitée de ce symptôme est un élément de diagnostic précieux au point de vue du diagnostic de l'arthrite aiguë. Une jointure est prise depuis quelques jours chez un blennorrhagien; elle offre les signes ordinaires de l'affection; la température locale jusqu'alors peu prononcée s'élève vivement. On peut presque à coup sûr annoncer une arthrite aiguë.

On a constaté parfois l'existence d'une fausse fluctuation capable d'en imposer au premier abord et ayant, paraît-il, amené des chirurgiens à traiter le gonflement comme une collection purulente.

Disons un mot des symptômes fonctionnels et des réactions générales de l'arthrite aiguë. Les premiers sont de beaucoup les plus prononcés. Ils consistent dans la suppression plus ou moins complète et toujours très rapide des mouvements, puis, par la suite, dans l'apparition assez fréquente de mouvements anormaux.

Dans leur immobilisation, les différentes jointures affectionnent des attitudes particulières. Au poignet, la rectitude, au coude la demi-flexion et la demi-pronation. Le genou avec moins de constance et plus de variété, présente fréquemment l'attitude suivante: flexion plus ou moins prononcée de l'article malade avec extension du pied. Mais il n'existe pas de règle absolue, ces différentes attitudes étant très variables, sans qu'on puisse en déterminer la cause.

Quels sont les agents de cette immobilisation? Les muscles tout d'abord, contracturés et faisant leur œuvre de défense. Plus tard, l'ankylose s'en mêlera et rendra plus ou moins définitive la suppression des mouvements physiologiques, mais il est un autre élément de cette immobilisation de tout un membre, élément que nous aurions pu décrire avec les premiers symptômes, car il ne se laisse guère distancer par eux. En effet, l'atrophie musculaire envahit promptement les muscles du voisinage. En quelques jours ceux-ci perdent toute tonicité, ils deviennent mous, affaissés, et les mensurations comparatives affirment leur déchéance. Bien longtemps après la disparition de la douleur et de l'inflammation, ils gardent l'empreinte de cette déchéance, qui empêcherait tout mouvement spontané même en l'absence d'ankylose. Cet état de choses donne aux malades une sensation particulière; il leur semble que leur membre est devenu extrêmement lourd. Détail intéressant, même lorsque par les massages, l'électrisation, les bains sulfureux, on a réussi à rendre aux patients l'usage

de leur membre, on n'en constate pas moins la persistance de l'atrophie musculaire.

Quand aux mouvements anormaux de latéralité et d'hyperextension, ils sont moins que fréquents fort heureusement. Gosselin en avait fourni une explication assez ingénieuse. Pour lui, ce serait non pas le relâchement de l'appareil ligamenteux qu'il faudrait incriminer, mais la fonte et la disparition des cartilages, au genou en particulier, des cartilages semi-lunaires. Ce que nous avons vu plus haut de l'anatomie pathologique nous porte à accepter volontiers cette explication.

Les symptômes généraux sont-ils à la hauteur de tout ce que nous venons de voir au sujet de l'état local? M. le professeur Fournier a fait remarquer l'absence d'équilibre entre ces deux ordres de fait. Pour lui, la réaction générale serait à peu près nulle. Mais il semble que l'éminent clinicien a eu surtout en vue les manifestations du rhumatisme blennorrhagique subaiguë. Dans l'arthrite aiguë, l'état général des malades répond presque toujours à leur état local. Ils sont pâles, anémiés, manquent de sommeil et d'appétit, ils s'amalgrissent, sont nerveux, s'ils ne l'étaient déjà, ou dans le cas contraire le deviennent d'une façon exagérée.

La température, souvent peu élevée dans les premiers jours, ne dépassent pas 38° dans certains cas peu graves, et elle tombe alors à la normale au bout de quelques jours. En général, elle se maintient pendant plusieurs jours au-dessus de 38°, atteignant parfois 39° et plus, et la persistance de cet état de choses est un élément de diagnostic qu'on ne devra pas dédaigner.

*Marche.—Terminaison.*—Ce cortège de phénomènes accompagnent l'arthrite aiguë et la prolongent pendant un temps variable. Même avec un traitement énergique, il est rare que la période inflammatoire ne dépasse pas trois semaines ou un mois. Le plus souvent même elle se prolonge au-delà, suivant la tendance de l'affection à se terminer par la *résolution*, l'*ankylose* ou la *destruction*.

De ces trois modes de terminaison, le premier et le troisième sont plus rares que le second. L'ankylose, en effet, est le terme plus ou moins fréquent de l'arthrite aiguë blennorrhagique. Quand l'affection doit finir par résolution, traitée ou non, dit M. Brun, au bout de quatre ou cinq semaines, les symptômes s'amendent, la douleur spontanée, la tuméfaction disparaissent, les mouvements redeviennent possibles; mais ils sont encore limités par des brides faciles à rompre sans qu'il y ait rappel de douleurs persistantes.

Trop souvent on voit, au lieu de cette heureuse terminaison,

s'installer l'ankylose que Brandes avait décrite pour les petites articulations, mais que l'on sait pouvoir envahir tout aussi bien les grandes jointures telles que le coude, le genou, le poignet, le cou-du-pied. Ce que nous avons vu en anatomie pathologique au sujet de cette ankylose nous rend compte des cas où il a été impossible, malgré tous les traitements, de rendre à l'article ses mouvements physiologiques. M. Delbet cite le cas d'un malade dont l'arthrite date de plusieurs années et que l'ankylose, pour ainsi dire totale, de son articulation tibio-tarsienne rend presque impotent.

Dans ce mode de terminaison comme dans le premier, les phénomènes inflammatoires, douleur, etc., finissent bien par s'amender et disparaître, mais au lieu de la souplesse articulaire, on voit se produire une impossibilité rapide et croissante de tous les mouvements même provoqués. L'immobilisation devient en peu de temps complète. Elle peut bien céder un jour, et au prix de quelles douleurs, à des tractions violentes, à des essais de mouvements forcés. Mais le petit succès d'aujourd'hui aura déjà disparu demain et sera le plus souvent l'occasion d'une nouvelle poussée inflammatoire.

Le troisième mode de terminaison, la destruction plus ou moins complète de l'articulation, s'annonce par une exagération des symptômes de l'état aigu. La douleur, la fièvre et le gonflement prennent une allure encore plus accentuée et les mouvements anormaux de latéralité ou d'hyperextension annoncent bientôt la fonte des cartilages et la destruction profonde de l'article.

La suppuration, mise en doute par M. le professeur Fournier en 1869, a été depuis admise par cet auteur qui en a même donné une observation très instructive. Son malade mourut d'une fièvre typhoïde intercurrente et l'autopsie permit de voir l'articulation remplie de pus et à moitié détruite. Le cas de Prichard (*System of surgery* de Holmes) fut tellement grave qu'on dut pratiquer l'amputation du membre, ce qui permit de constater la suppuration et ses dégâts.

Que dire du *diagnostic* de l'affection ? Qu'il est parfois difficile, surtout quand il s'agit de distinguer au début les formes subaiguës de l'arthrite aiguë vraie. Cependant l'accentuation et la persistance des phénomènes phlegmasiques locaux, accompagnés d'autre part d'un état général sérieux ne tarderont pas à supprimer les doutes.

Quant au diagnostic différentiel avec le rhumatisme aigu ordinaire, la mobilité des manifestations de celui-ci et le nombre plus considérable d'articulations envahies, l'efficacité presque infaillible du salicylate de soude à haute dose dans les cas de polyarthrite aiguë simple et son insuffisance en cas d'arthrite aiguë blennorrhagique,

voilà autant d'éléments dont l'ensemble ne saurait laisser bien longtemps le doute exister.

Quand à cela vient s'ajouter la constatation d'une blennorrhagie non encore éteinte, l'arthrite spécifique ne saurait plus être repoussée.

*Traitement.*—L'ordinaire thérapeutique de l'arthrite blennorrhagique comprend, d'habitude, l'immobilisation aussi complète que possible de la jointure, la compression ouatée et plus tard, la révulsion. Immobilisation, massages, électricité, bains sulfureux et frictions excitantes viennent compléter ces trois éléments principaux.

L'immobilisation, disait Verneuil, est le meilleur des antiphlogistiques à appliquer dans ces cas. Quel que soit le moyen adopté, il sera toujours bon pourvu que l'article malade soit aussi peu mobile que possible.

La compression sera aussi régulière que possible et l'on y apportera les soins habituels en pareil cas.

Pour la révulsion, on a recours aux pointes de feu ou à la teinture d'iode. Mais nous n'insisterons pas, notre objectif n'étant pas de décrire ici le traitement médical de l'arthrite aiguë blennorrhagique.

Disons cependant un mot du traitement général et de celui de l'uréthrite, quand celle-ci n'a pas encore abdiqué. Il est admis à l'heure actuelle que l'infection blennorrhagique existe et forme à elle seule une entité morbide indéniable. Il est donc naturel de penser à la combattre par un traitement interne approprié, et l'on administre à cet effet différents antiseptiques généraux, par exemple, le salol à la dose de 2 à 4 grammes par jour, le naphтол 1 à 2 grammes, le benzo-naphтол 2 à 4 grammes. Voilà pour la médication antiseptique générale dont l'efficacité peut bien avoir été reconnue dans certains cas peu graves, mais dont les effets sur l'arthrite aiguë nous ont toujours paru assez problématiques.

Quant aux antiphlogistiques généraux, sulfate de quinine, salicylate de soude, antipyrine, si utiles dans les phlegmasies rhumatismales simples, nous savons qu'ils ont une action bien modérée dans les cas qui nous occupent.

Le traitement de l'uréthrite nous paraît nécessaire. Nombre d'auteurs appuient sur la nécessité de ne pas l'oublier. Dans les cas d'écoulement aigu à gonocoques encore présents, les malades se trouveront bien des lavages à plein canal avec le permanganate de potasse, à 1 p. 4000, puis à 1 p. 2000, etc. En cas d'écoulement chronique et en l'absence du microbe de Neisser, nous croyons qu'il faudrait s'en tenir à la méthode suivie dans le service de M. le pro-

fesseur Guyon, c'est-à-dire aux injections de sublimé pour les écoulements qui contiennent les microbes d'infection secondaire, aux instillations au nitrate d'argent pour les cas où l'examen microscopique ne révèle rien.

A côté des méthodes de traitement local non sanglant, sont venues se placer les méthodes sanglantes, la ponction et le lavage de l'article par le procédé de Schede, la ponction par la méthode de R. Rendu, et enfin l'arthrotomie.

Quel est le but de ces différentes interventions? Evidemment d'interrompre le processus inflammatoire en supprimant le contact prolongé de l'épanchement et en modifiant l'état des surfaces articulaires par des lavages.

La ponction simple paraît à peine suffisante dans le cas d'hydarthrose à tendance vers la chronicité. Du reste on a remarqué même dans ces cas son insuffisance contre le retour de l'épanchement.

Le procédé de Schede serait peut-être plus recommandable en raison du lavage antiseptique qu'il comporte.

Enfin après avoir retiré le liquide, M. Rendu introduit une certaine quantité de sublimé (5 à 6 c.c.) en solution à 1 p. 4000, qu'il laisse dans l'articulation. Il a publié un cas de guérison complète dû à ce procédé.

Le reproche que l'on peut faire à ces différents procédés c'est de travailler un peu à l'aveuglette. La ponction ne permet pas de constater en quel état se trouve l'articulation.

Par l'*arthrotomie* au contraire le chirurgien se rendra parfaitement compte de l'état plus ou moins prononcé des lésions. La vue et le toucher ne lui permettront pas d'ignorer jusqu'à quel point la synoviale, les cartilages, l'appareil ligamenteux et les tissus périarticulaires sont envahis.

Le nettoyage, si nécessaire, de la cavité pourra se faire d'une façon aussi parfaite que possible. L'évacuation des fausses membranes, des flocons fibrineux, des végétations synoviales en voie de dégénérescence, impossible à réaliser par l'intermédiaire d'un trocart même un peu fort, deviendra des plus faciles. Les adhérences, si elles existent déjà, pourront être rompues. L'antisepsie des moindres recoins devient possible après l'incision.

Et du reste, la principale objection que l'on pourrait soulever contre l'intervention du bistouri, a perdu maintenant sa valeur. Nous sommes loin de l'époque où l'on craignait à si juste titre de porter le couteau sur une jointure. L'antisepsie et l'asepsie ont ici

comme partout fait leur œuvre. Les observations citées plus haut, la pratique courante de l'ouverture de l'articulation pour suturer la rotule, l'arthrotomie pour corps étrangers du genou dont nous avons pu constater à plusieurs reprises la parfaite innocuité, voilà autant de fait rassurants pour l'intervention.

En tant que procédé opératoire l'arthrotomie est parfaite. Mais quels vont être les résultats immédiats et quel bénéfice le malade en retirera-t-il ? Il souffrait horriblement et sans presque aucun répit, il voit ses douleurs décroître rapidement pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Souvent même elles disparaissent complètement le premier ou le second jour.

Une suite constante et immédiate de l'arthrotomie, c'est la chute de la température, plus ou moins brusque, quelquefois graduelle, mais complète en quelques jours, comme chez quelques-uns de nos malades.

Ce que nous savons de la pathogénie de l'affection nous porte à croire que supprimer en grande partie, comme le fait l'arthrotomie, les causes locales d'inflammation, ce doit être un excellent moyen d'enrayer d'une part l'atrophie musculaire résultant de la phlegmasie et d'autre part de prévenir l'ankylose que nous savons être trop souvent le terme de l'affection.

Le nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour ne permet pas de dire dans quelle proportion l'arthrotomie supprime l'ankylose. Mais on peut déjà affirmer que dans la majorité des cas, le succès est très satisfaisant.

L'arthrotomie est-elle indiquée pour toute espèce d'articulations ? Si nous consultons la liste des observations publiées, nous voyons M. le professeur Tillaux ouvrir l'articulation du poignet, puis celle de l'épaule. MM. Thiéry et Walther incisent l'articulation du coude. On ne connaît pas encore d'observation d'arthrotomie du cou-du-pied. Quant au genou, il forme le plus grand nombre des cas où l'intervention ait été pratiquée.

Le procédé opératoire tout en étant très simple mérite cependant quelqu'attention. Nous en dirons un mot pour ce qui regarde le genou, les modifications à apporter pour les autres jointures n'étant pas très considérables.

Le champ opératoire soigneusement préparé, l'opérateur porte le bistouri sur la partie externe du genou, *pas trop en avant*, et on y pratique une incision d'au moins 5 à 6 centigrammes. Plus grande cette incision serait inutile, plus petite, elle ne permettrait pas d'y voir suffisamment et sa grande tendance à se cicatriser empêcherait.

les jours suivants, l'écoulement facile des liquides. Dans un cas de Tédénat, une parcimonieuse incision de 2 centigrammes dut être agrandie le lendemain de l'opération. Nous avons dit *pas trop en avant*, car si l'entaille est placée le long du bord externe de la rotule, comme on le fait d'habitude, le drainage en est rendu difficile à cause de la position horizontale des malades. M. Delbet insiste sur ce détail.

Au genou, on fait d'habitude une contre-ouverture. Mais certains chirurgiens s'en tiennent à l'incision simple. M. Delbet pratique constamment une seconde incision. Cette seconde entaille ne présente guère que l'inconvénient d'une cicatrice ultérieure, et en revanche elle permet un nettoyage beaucoup plus complet et un drainage assuré. Ce nettoyage doit être fait d'une façon très soignée. Aussitôt l'articulation débarrassée de l'épanchement, l'index introduit dans l'articulation reconnaît l'état des parties, détache et enlève les fausses membranes et les exsudats. La chose nécessite parfois l'intervention de l'ongle tant l'adhérence est complète. Pour achever, on fera un lavage avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, puis avec de l'eau boriquée, ce qui mettra à l'abri d'une intoxication mercurielle. Quelques chirurgiens se contentent de cautériser les surfaces avec le chlorure de zinc à 1 p. 20 (Thiéry) ou l'eau phéniquée forte (Reynier). D'autres ne pratiquent aucune irrigation. Tédénat cité par Lasalle aurait obtenu un succès complet sans faire de lavage. M. le professeur Tillaux est d'avis qu'un bon lavage assure presque l'intégrité future des mouvements.

M. Delbet conseille de ne pas multiplier les irrigations. La résistance des tissus est fortement diminuée par le contact prolongé et fréquent des antiseptiques. De ce fait, la phagocytose doit être compromise et l'action microbicide des cellules ne saurait être remplacée complètement par celle de l'antisepsie médicamenteuse. Des expériences faites à ce sujet sur le péritoine par M. Delbet mettent le fait en complète évidence.

Le drainage sera parfaitement établi. Car il est rare, même après un nettoyage complet, de voir l'articulation absolument vide de liquide. Ce qui a pu se reproduire de l'épanchement est aussi conduit hors de l'article à travers les plaies béantes. On pourrait à la rigueur rétrécir celles-ci par quelques points de suture, mais nous n'en voyons pas l'utilité, vu la grande tendance à la cicatrisation des surfaces cruentées.

Le pansement compressif et l'immobilisation aussi complète que possible viendront ajouter au bons effets de l'arthrotomie. On ne



peut guère recourir à l'appareil plâtré malgré l'immobilité complète qu'il procure ; les pansements seront plus faciles avec une gouttière en fil métallique, ou encore une gouttière de Bæckel.

Le fait d'ouvrir une articulation et de l'aseptiser autant que possible ne constitue pas le traitement au complet de l'arthrite aiguë. Nous avons vu l'immobilisation agir concurremment. Quand, grâce à l'une et à l'autre, les phénomènes inflammatoires auront disparu, on demandera au massage, à la mobilisation, à l'électrisation, de faire le reste. L'intervention de cette thérapeutique complémentaire fera disparaître l'atrophie musculaire, combattra les raideurs de l'ankylose.

Un point de cette thérapeutique est assez délicat à fixer, le début de la mobilisation. Si l'on intervient trop tard, disent les uns, on trouvera l'ankylose déjà solidement installée. Oui, mais trop de précipitation amène souvent un retour à la période aiguë, affirment les autres, et ces faits en effet ne sont pas rares. L'anatomie pathologique et ce que nous savons de la nature osseuse de l'ankylose expliquent amplement ce réveil des phénomènes aigus. Il faut veiller d'une part à ce que l'ankylose ne s'établissent pas en paix, et d'autre part, à ne pas réveiller l'arthrite en voie de guérison. On donne comme règle à suivre, celle-ci : explorer soigneusement la jointure au point de vue douleur, et si l'on ne constate aucun point douloureux, commencer les mouvements avec prudence et modération au début. Au cas où cette modération serait suivie de souffrances persistant longtemps après chaque séance, on s'arrêterait pour attendre de nouveau l'extinction complète de la phlegmasie.

*Indications.*—Nous venons de voir les avantages et le manuel opératoire de l'arthrotomie. Disons un mot de ses indications et nous en aurons fini avec notre sujet.

A quelle forme de l'arthrite aiguë s'adressera de préférence cette intervention ? Nous avons vu que cette affection pouvait se manifester avec une double physionomie, présenter parfois peu d'épanchement et beaucoup de gonflement périarticulaire, et parfois aussi revêtant un autre aspect, débiter par un épanchement considérable et un œdème peu prononcé.

Laquelle de ces deux formes bénéficiera davantage de l'incision ? La première tout d'abord ne paraît pas devoir y gagner beaucoup. En effet, pense-t-on, puisque les manifestations principales se passent hors de la jointure, la taille de celle-ci ne devrait pas influencer leur marche. Cependant, nous avons vu plusieurs de ces malades présenter nettement les symptômes de cette forme clinique et retirer

tout de même un bénéfice absolument avéré de l'opération. Plusieurs des observations publiées jusqu'à ce jour sont exactement du même genre. Il ne nous paraît donc pas possible de nier les avantages de l'arthrotomie dans ces cas.

Pour ce qui est de la forme à grand épanchement, le raisonnement et l'expérience s'entendent pour en faire l'objet par excellence de l'intervention sanglante. C'est dans ce cas surtout qu'on trouve la synoviale le plus profondément envahie; les exsudats, les fausses membranes sont en général aussi en plus grande quantité et leur adhérence est plus forte. Les effets d'un nettoyage, tel que le comporte l'opération, semble donc être plus directs et plus complets que dans la forme sèche. C'est l'opinion qui ressort pour nous des cas observés jusqu'ici.

Dans l'une comme dans l'autre forme, à quel moment faudra-t-il intervenir? La tendance générale des chirurgiens veut que l'on prenne le bistouri très tôt. C'est un fait qui ressort de leur expérience qu'une intervention précoce aura toujours plus de chance de pleinement réussir. Il est du reste assez rationnel de vouloir le plus vite possible débarrasser la jointure des produits morbides septiques qu'elle contient.

Ainsi donc, en présence d'une articulation envahie par l'arthrite aiguë blennorrhagique, le diagnostic étant bien établi, la douleur, le gonflement, la fièvre, les phénomènes généraux ne laissant aucun doute sur la nature aiguë de l'affection, le chirurgien est justifiable d'intervenir d'une manière sanglante, les observations jusqu'à ce jour publiées démontrant largement l'inocuité de cette intervention et les grands bénéfices que le malade peut en attendre.

---

---

## COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 27 Mars 1900.

*Présidence de M. LeCavelier.*

## APPENDICITE PAR CORPS ÉTRANGER.

M. MARIEN présente une pièce des plus intéressante : c'est un appendice qui contient, logé dans sa tête, un petit clou enveloppé d'une couche de sel calcaire. La pièce provient d'un malade opéré au mois d'octobre 1898, et avait été conservée au laboratoire de l'Université depuis ce temps. Ce n'est qu'en sectionnant cette pièce, ces jours derniers, que M. Marien a trouvé le corps étranger en question, qui a pénétré dans le canal appendiculaire tête première et s'est rendu jusqu'au fond de ce canal. Les parois de l'appendice sont épaissies et montrent des lésions inflammatoires. Malheureusement, on a perdu l'observation du malade, et il est impossible de reconstituer les symptômes offerts par la maladie. La pièce est intéressante en ce qu'elle prouve qu'un corps étranger peut, parfaitement pénétrer dans l'appendice, malgré ce qu'en disent certains auteurs.

M. MERCIER rappelle que par contre d'autres auteurs ont cité comme causes d'appendicite des pepins de fruits (pommes oranges) et d'autres corps étrangers ; et certes leurs observations ne doivent pas être ignorées. Celle de M. Marien mérite la publication, puisqu'elle confirme un point de la pathogénie.

## ARTHRITE TUBERCULEUSE DU GENOU.

M. MARIEN a été surpris d'entendre Calot préconiser les injections médicamenteuses et la mobilisation dans le traitement de l'arthrite tuberculeuse. Il préfère se ranger à l'avis de Kirmisson, qui prétend que ces arthrites guérissent presque toujours par ankylose. Au-dessus de quatorze ans, l'arthrotomie et la résection constituent le traitement de choix. Chez l'enfant, la résection serait un crime (Kœnig), car elle aurait pour conséquence un raccourcissement pouvant atteindre jusqu'à 15 centimètres, et donnerait un membre à la fois disgracieux et inutile ; au-dessous de 14 ans, on recourt de préférence à l'immobilisation, la compression et l'ignipuncture.

A l'appui de son dire, M. Marien cite plusieurs observations personnelles.

OBS. I.—Une malade tuberculeuse, âgée de 40 ans, fut traitée pendant cinq ans par l'immobilisation et les injections modificatrices, puis enfin par une arthrotomie. On avait attendu beaucoup trop longtemps; la lésion persista, devint très douloureuse, et l'on eut recours comme dernière ressource à l'amputation. La malade succomba quelque temps après à sa phtisie. Cette malade aurait pu être sauvée si l'intervention chirurgicale eut été plus précoce.

OBS. II.—Une jeune fille de 18 ans, souffrant d'un genou depuis six mois, mais dont les organes étaient sains, fut traitée par le redressement forcé sous chloroforme suivi pendant un an d'immobilisation. Elle est aujourd'hui guérie.

OBS. III.—Un garçon de six ans, malade depuis trois mois, ayant la jambe ankylosée et fléchie, le genou gonflé et douloureux, fut traité par l'immobilisation pendant six mois. Au bout de ce temps, un autre médecin est appelé qui pratiqua sur le membre malade du massage et de la mobilisation. M. Marien revit le malade un an après; l'articulation était luxée et en pleine suppuration; il ne restait plus qu'à conseiller l'amputation. Dans ce cas-ci, la mobilisation avait nettement exagéré le processus inflammatoire.

OBS. IV.—Chez un enfant de deux ans, malade depuis un couple de mois, et traité par la mobilisation, l'inflammation dans le genou devint si considérable, que ni le redressement forcé et l'immobilisation, ni une large arthrectomie suivie d'ignipuncture ne purent influencer la lésion. L'état général du petit malade devenant de plus en plus mauvais, il fallut pratiquer l'amputation. L'enfant est aujourd'hui beaucoup mieux.

Ces cas suffisent à prouver quelle influence néfaste certaines interventions peuvent avoir sur l'arthrite tuberculeuse, et combien par contre l'immobilisation précoce peut amener un soulagement rapide, première étape vers une guérison certaine.

M. MERCIER cite plusieurs observations où la résection suivie d'immobilisation lui a donné d'excellents résultats. Il croit en effet que la mobilisation est criminelle dans l'arthrite tuberculeuse, et il est d'avis, chez l'adulte, de réséquer le plus tôt possible. L'on ne

veut pas que la lésion s'aggrave. Les lésions tuberculeuses au poumon ne sont pas une contre-indication.

Chez l'enfant, le meilleur traitement est celui exposé par les américains Sayre et Phelps : immobilisation de l'articulation accompagnée d'écartement des surfaces articulaires. Ce sera la gloire de ces médecins d'avoir démontré que, dans l'arthrite tuberculeuse, l'inflammation cesse rapidement lorsqu'on enlève toute pression osseuse par écartement. M. Mercier décrit longuement, avec dessins au tableau, les appareils de Sayre. Ce qui est remarquable chez ces appareils, c'est que, dès les premiers jours qui suivent leur application, on remarque déjà une amélioration considérable des symptômes locaux : douleur, rougeur, tuméfaction, etc. Il a vu des malades, après quelque temps, pouvoir marcher avec leur appareil, ce qui est d'un grand avantage pour hâter la guérison d'un tuberculeux. Lorsque, chez un enfant, l'appareil de Sayre ne réussit pas, il n'y a que l'amputation qui puisse le sauver.

M. DERÔME désire faire certaines réserves. Il a traité un enfant de sept ans, souffrant d'une arthrite tuberculeuse, et qui avait été immobilisé pendant huit mois, par la flexion forcée et progressive sous chloroforme, en trois séances. Il a obtenu une guérison avec mobilité de l'article.

#### ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITAL.

M. DUBÉ présente la photographie d'un enfant dont un des membres inférieurs offre les lésions caractéristiques de l'éléphantiasis. L'enfant est venu au monde avec la jambe gauche hypertrophiée.

---

Séance du 10 Avril 1900.

*Présidence de M. Désy.*

#### SARCOMÈ DE L'ORBITE.

M. BOULET présente une fillette opérée en mars 1899 pour une tumeur de la partie inférieure de l'orbite, originant dans la périoste. L'opération fut faite aussi complète que possible, mais deux mois plus tard la tumeur récidiva. Elle occupe aujourd'hui toute la partie inférieure et externe de l'orbite, et est devenue très proéminente. Elle saigne sous le plus léger traumatisme. M. Boulet hésite à opérer de nouveau la petite malade, du moins d'une manière complète. La récidive lui fait croire à la nature sarcomateuse de la lésion, et les

lésions de ce genre demandent à être respectées, car la récidive est presque toujours fatale, l'extirpation complète étant impossible. La nature exacte de la tumeur n'a pas été fixée par l'examen histologique, qui d'ailleurs ne renseigne pas toujours d'une manière positive.

M. MARIEN croit en effet que l'évolution clinique est suffisante pour nous fixer sur la nature maligne de la tumeur. Il partage absolument l'avis de M. Boulet quant à la non intervention, mais il croit que dans certains cas l'examen histologique peut être de la plus grande utilité. Seulement, pour en bien fixer la nature, il ne suffit pas d'examiner un morceau superficiel de la tumeur, mais il faut examiner une parcelle de la zone d'envahissement.

#### TUMEUR OSSEUSE DE LA JAMBE.

M. MARIEN présente la jambe, enlevée par désarticulation du genou, d'une fillette de 13 ans. La tumeur a pris neuf ans à pousser; elle semble s'être développée dans le corps de l'os, et non dans le périoste. Le centre est rempli d'un tissu friable gélatiniforme, très vasculaire; la partie périphérique, très ferme et très dure, constitue une véritable coque osseuse. Les veines superficielles de la peau sont dilatées. Il n'y a pas eu de généralisation, peu de douleur, et pas de cachexie. L'évolution lente de ce néoplasme fait croire qu'il n'est pas de nature cancéreuse.

#### ANÉVRYSMES DE L'AORTE.

M. DUBÉ présente la photographie d'un homme de 56 ans, malade à l'Hôtel-Dieu. Le cou est énorme, très gonflé, les lèvres sont livides, les conjonctives injectées; pas de troubles de la vision, ni de la pupille. La peau du thorax est œdématisée. Toute la partie supérieure du médiastin offre une matité considérable. Fait remarquable, c'est que le thorax reste immobile pendant la respiration. L'auscultation du cœur et du poumon est normale. Le pouls est faible à droite, et donne un léger retard à gauche. La voix est enrouée; il y a de la toux quinteuse. On sent un battement sous le doigt à la région sous-sternale. Il y a vingt ans que le malade souffre de douleurs dans la poitrine et de vomissements. M. Dubé croit à l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte comprimant la veine cave supérieure. L'histoire antérieure du malade n'offre rien d'intéressant à noter.

---

---

## REVUE D'HYGIÈNE

## L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Il n'y a plus de doute aujourd'hui que l'épidémie de variole actuelle est le résultat éloigné de la guerre récente entre les États-Unis et l'Espagne. Elle a éclaté dans la grande république au courant de l'été de 1899, immédiatement après le licenciement des troupes américaines revenues de Cuba. Et la propagation de la maladie s'est faite sur une grande étendue; au 16 mars dernier, elle avait envahi 43 États et territoires américains, et les cas de variole rapportés au bureau du département des Hôpitaux de la marine, à Washington, se montaient à 5224.

Chose remarquable, c'est que, dans cette épidémie, la variole a revêtu à peu près constamment une forme des plus bénignes. Le fait est assez difficile à expliquer autrement que par des hypothèses. La contagion a pu se faire par l'intermédiaire des vêtements, objets, etc., rapportés par les soldats comme souvenirs, et revêtir de ce fait une bénignité particulière. Peut-être aussi la variole, sévissant en toute liberté dans une île dont on sait le mauvais état hygiénique, favorisée par les conditions climatériques, les mœurs des habitants, etc., a-t-elle épuisé, pour ainsi dire, sa virulence sur place, comme on l'a vu pour la syphilis dans certains pays d'Europe, et n'a-t-elle pu fournir qu'un contagé affaibli. Quoi qu'il en soit, cette bénignité de la maladie a favorisé en quelque sorte son expansion, en rendant au début le diagnostic indécis. Il en a été de même dans la province de Québec. Aujourd'hui, cependant, la nature réelle de la maladie a été reconnue par toutes les autorités sanitaires américaines.

Dans la province de Québec, le premier cas de variole a fait son apparition le 18 août 1899, à St-Philippe de Néri. Il s'agissait d'un individu, arrivé depuis dix jours de Taunton, dans l'Etat de Massachusetts, qui était allé, avant son départ, visiter à Fall-River des maisons déjà infectées par la variole, et alors que les autorités sanitaires de cette ville ignoraient encore la chose. Cet homme, tombé malade à St-Philippe de Néri, mais ne sachant pas encore ce qu'il avait, eut des communications avec des personnes de Mont-Carmel, où, le 5 septembre, la variole faisait son apparition et devait donner 196 cas. La maladie s'étendit bientôt à plusieurs paroisses du comté de Kamouraska (St-Paschal, St-Bruno, Ste-Hélène, St-Germain, St-André).

L'expansion dans le comté de Kamouraska fut favorisée, par le retard apporté dans le diagnostic de la maladie. En effet, le fléau ne fut reconnu que lorsqu'il eut atteint St-Paschal, c'est-à-dire près de trois mois après sa première éclosion à St-Philippe de Néri, et ce n'est qu'alors que le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec fut prévenu.

A part cette éclosion de Kamouraska, la maladie a fait son apparition dans la vallée de la Métapédia, sur les confins de la province de Québec, en même temps qu'il en existait également des cas dans le comté de Ristigouche, dans la province du Nouveau-Brunswick, comté limitrophe à la vallée de la Métapédia, et de fait le cas constaté à Montréal le 16 janvier dernier venait de Campbellton, N. B.

Une troisième éclosion de variole apparut dans le comté de Bonaventure le 13 janvier, et enfin une quatrième éclosion eut lieu à Rimouski le 3 février. Dans ce dernier comté, lorsque l'inspecteur du Conseil eut prononcé les cas comme étant bien de la variole, l'un des premiers médecins appelés refusa d'admettre le diagnostic, et contribua beaucoup par son influence morale à encourager les municipalités dans la résistance qu'elles apportèrent aux mesures hygiéniques qu'on fut obligé de leur imposer.

Dans les cas de ce genre, le devoir du médecin nous paraît cependant bien clair. Il peut se faire que le diagnostic soit incertain, soit parce que le cas n'est pas typique, soit parce qu'on n'a pas vu antérieurement de cas de variole ; car depuis 1885, les médecins ont eu peu de chances de se familiariser avec la maladie. Mais du moment qu'il y a le moindre doute, il y a indication pressante d'appeler un expert, puisqu'il s'agit d'enrayer au début un danger qui peut devenir très grand. Si l'expert se prononce d'une manière positive, c'est nuire considérablement à l'établissement des mesures prophylactiques qui devront suivre, que de contester ce diagnostic auprès des populations, et c'est prendre sur ses épaules une très grande responsabilité. L'épidémie est bien une épidémie de variole, et le diagnostic a été posé à maintes reprises par des hommes compétents : par le Dr Beaudry, l'inspecteur du Conseil d'Hygiène de la Province, qui a une grande compétence en ces matières ; par le Dr Catellier, officier de santé de Québec, et qui fut longtemps médecin de l'Hôpital de la Marine ; par le Dr Laberge, médecin du Bureau d'Hygiène de Montréal, qui fut officier de santé de la ville pendant la grande épidémie en 1885, et dont on sait les connaissances spéciales ; enfin par l'hon. Dr Fiset, de Rimouski, le Dr Larue, d'Amqui, et le Dr Martin, de Carleton, qui tous ont une expérience personnelle dans le diagnostic de la variole. En face des témoignages venus de pareilles sources, le doute est impossible.

Nous avons eu, à Montréal, qui a une population de plus de 300,000 âmes, la démonstration de l'importance d'un diagnostic précoce. Un voyageur venu de Campbellton, N. B., tombe malade à Montréal le 16 janvier ; le médecin de Montréal diagnostique la variole, on isole le malade à l'hôpital civique, et c'est fini ; il n'y a pas eu d'autres cas.

Au 17 avril 1900, les rapports du Conseil d'Hygiène donnent un total de 625 cas de variole depuis le début de l'épidémie, dont 57 cas encore sous traitement. Il y a eu 176 maisons infectées, dont 36 le sont encore. Enfin, ce qui indique bien le caractère bénin de l'épidémie, on n'a eu à signaler que deux décès : l'un chez un enfant de 11 jours dont la mère fut atteinte de variole avant l'accouchement, l'autre chez un adulte qui fut soigné par un charlatan. Parlant de la



bénignité de l'épidémie actuelle, le Dr Beaudry, inspecteur du Conseil d'Hygiène, dit dans ses rapports que certains cas sont si légers, accompagnés de si peu d'éruption, qu'il est difficile de ne pas les confondre avec la varicelle ou picote volante; il avoue même que dans plusieurs cas il s'en serait tenu à ce diagnostic, s'il n'y avait pas eu chez le malade une histoire antérieure de contagion avec des cas de variole reconnus comme tels par les experts. Cette bénignité de l'épidémie explique pourquoi elle a si peu effrayé les populations, dans Bonaventure et Rimouski en particulier; on ne craignait pas cette fièvre légère, qui donnait bien une éruption, mais qui ne forçait pas même les malades à prendre le lit, et ne les faisait pas mourir.

La province d'Ontario a aussi été envahie par la variole l'automne dernier et il est curieux de constater, par la circulaire que le Conseil Provincial d'Hygiène d'Ontario adressait aux médecins le 25 novembre 1899, que là aussi la variole offre dans ses symptômes des caractères de bénignité particuliers; et cependant le diagnostic de variole n'est pas douteux, et il a été posé d'une manière positive par les officiers de santé et un certain nombre de médecins de cette province.

Dans la circulaire citée plus haut, le Conseil d'Hygiène d'Ontario énumère comme suit les symptômes habituels de la variole:

1. Période prodromique qui dure plus de 24 heures, et s'accompagne de mal de tête, de douleurs dans le dos et de vomissement;

2. Eruption primaire érythémateuse ou *rash*, couvrant surtout l'abdomen;

3. Cessation rapide de la fièvre prodromique et du malaise lorsqu'apparaît l'éruption secondaire;

4. Apparition au troisième jour du début d'une éruption papuleuse donnant au doigt une sensation dure de grains de plomb, et tendance de cette éruption à apparaître surtout sur les surfaces exposées, telles que la figure et les poignets, spécialement sur le front et autour du nez et des lèvres;

5. Apparition précoce autour des vésicules d'une auréole rouge; poussées successives de vésicules pendant deux ou trois jours; puis ces vésicules passent à maturité, deviennent pustules au quatrième ou au cinquième jour, et offrent une ombilication typique;

6. Apparition dans les narines et au palais de la bouche de vésicules éruptives, ce qui est un signe de grande valeur diagnostique.

Le tableau est complété par le caractère érosif des pustules et l'infiltration cellulaire sous-cutanée.

Or, dans l'épidémie de variole actuelle, la grande majorité des cas n'offrent pas l'ensemble des symptômes caractéristiques précédents. Le Dr John Coventry, officier de santé de Windsor, Ontario, a signalé le fait dans une communication à la Société Médicale de cette ville. Les symptômes généraux: fièvre prodromique, rachialgie, vomissements, manquent le plus souvent. De plus, l'éruption varicelleuse ne s'accompagne pas de la recrudescence habituelle de la fièvre, et l'éruption apparaît le plus souvent modifiée dans ses caractères: par exemple, il n'y a qu'une seule poussée d'éruption, ne donnant pas au début la sensation de grains de plomb sous le doigt qui

explore la peau ; on note rarement la présence du rash initial ; on encore l'éruption vésiculeuse se désèche avant de passer à la suppuration, ou bien les vésicules deviennent semi-purulentes, sont marquées au sommet d'un point noir, mais ne s'ombiliquent pas. Enfin, un fait important signalé par ce médecin, et qui démontre à sa manière la nature variolique de la maladie, c'est que les personnes vaccinées qui ont vécu avec ces malades n'ont pas contracté la maladie. Le Dr Welsh, de Philadelphie, dans une circulaire publiée par le Conseil d'Hygiène de la Pennsylvanie, signale des modifications semblables dans les cas de variole qu'il a examinés autour de Pittsburg. On trouve les mêmes remarques dans la circulaire du Bureau de Santé de l'Indiana. Dans cette région, on a en plus remarqué que les pustules ne se vident pas complètement lorsqu'on les crève, mais qu'elles conservent une base dure, dépassant quelque peu le niveau de la peau environnante. Enfin, un point curieux a été signalé par le Dr Probst, secrétaire du Bureau d'Hygiène de l'Ohio ; c'est que les modifications que l'on remarque actuellement dans les caractères de la variole avaient été observés en 1853, à Gorham, dans l'État de New-York, par le Dr Charles A. Lee, mais que ces cas modifiés et bénins survenaient chez des personnes ayant été vaccinées antérieurement (*American Journal of the Medical Sciences*, 1853), tandis qu'aujourd'hui cette variole atypique se montre chez des personnes non vaccinées. Peut-être est-ce là une preuve que nous sommes en face d'une maladie ayant déjà épuisé antérieurement une grande partie de sa virulence.

Nous ne croyons pas inutile en terminant de citer Louis Guinon (*Traité de Médecine*, 2e édition, 1900), sur le diagnostic de la varicelle : "La varicelle typique, dit-il, est facile à distinguer de la variole par la forme oblongue de ses bulles, par l'absence de phénomènes généraux graves, par ses poussées successives et peu fébriles, par la dissémination irrégulière des éléments (discrets sur la face et les membres, abondants à la région lombaire), par l'absence de suppuration." Plus loin, il ajoute que le diagnostic est difficile dans les cas de varicelle grave, quand il y a, par exemple, une éruption confluyente au visage, des vésicules opalines ombiliquées, ou bien que le début est brusque, accompagné de céphalée, de courbature, de rachialgie. On recherchera avec soin la présence de quelques bulles typiques de varicelle, et l'on attendra pour cela, s'il le faut, une nouvelle poussée d'éruption. Le diagnostic pourra rester indécis pendant plusieurs jours, mais le médecin, dans l'intervalle, devrait immédiatement communiquer ses soupçons aux autorités sanitaires, et se faire relever ainsi de la responsabilité d'un diagnostic difficile, exigeant quelquefois—et c'est le cas dans la présente épidémie—les lumières d'un expert.

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef. - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, MAI 1900

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES OBJECTIONS AU PROJET DE LICENCE INTERPROVINCIALE

Les derniers numéros du *Bulletin Médical de Québec* et de la *Revue Médicale de Montréal* ne nous ont rien apporté de nouveau sur la question du projet de licence interprovinciale adopté à la dernière réunion de l'Association Médicale Canadienne. Les écrivains oppositionnistes se contentent de maintenir leurs affirmations, et se montrent quelque peu sensibles au reproche, que leur a fait l'*Union Médicale du Canada*, de chercher à détruire dès son début et sans la bien connaître une œuvre que le Bureau des Gouverneurs a approuvée, en principe, et dont il a chargé un comité spécial de surveiller l'exécution. Le Dr Arthur Simard, — et nous devons nous y attendre, — en profite naturellement pour mettre en cause la personnalité du Dr Lachapelle ; mais en somme, il n'ajoute rien aux articles de longue haleine déjà publiés par lui. Laissant donc de côté les personnalités, qui n'ont rien à faire en la matière, nous pouvons aujourd'hui examiner, dans leur ensemble, les principales objections formulées par les organisateurs de l'opposition au projet de loi de licence interprovinciale, et tâcher de saisir les bases sur lesquelles elles reposent.

Remarquons tout d'abord que, sauf par la Société Médicale de Québec, le principe même du projet de loi n'est pas combattu. Ni M. le Dr Sirois, ni M. le Dr Simard n'en font mention, et leur critique s'attaque seulement au projet de loi tel que formulé. Ils s'y sont opposés dès la première heure, *unguibus et rostro*, avant même que le Bill Roddick ne fût rédigé et distribué, et s'en sont montrés aussi

effrayés que s'il eût été impossible pour la province de Québec d'y faire valoir ses droits. Il n'y a que *Spes*, dans les deux lettres publiées dans l'*Événement*, qui ait trouvé à redire au principe même de la création d'un Bureau Fédéral ; encore ne s'y oppose-t-il que parce qu'il y voit un danger pour la province de Québec.

Le danger entrevu par *Spes* résiderait dans le fait que la création d'un Bureau Fédéral serait favorable aux intérêts des autres provinces, mais n'offrirait aucun avantage à la nôtre : les médecins d'Ontario, selon lui, envahiraient les centres canadiens-français (ce qui en soi est absurde), et les Canadiens-français n'iraient pas dans les autres parties du Dominion. Les centres de colonisation importants de l'Ouest, les villages acadiens des Provinces Maritimes, certains comtés limitrophes de la province d'Ontario, où les Canadiens-français sont en majorité, ne paraissent avoir, à ses yeux, aucune importance, et le fait seul que quelques médecins de langue anglaise pourraient venir s'établir dans nos cantons de l'Est l'effraye au point de lui faire renoncer à toute réciprocité.

Cependant, nos délégués provinciaux n'ont accepté ce projet de loi que parce qu'ils y ont vu un moyen de réaliser un progrès désiré depuis longtemps : rendre possible à tout médecin l'exercice de sa profession dans tout le Dominion. Il ne s'agit pas, comme on l'a écrit avec beaucoup d'insouciance, de favoriser quelques médecins habitants les bords de la rivière Baudette ; le projet a un but beaucoup plus vaste et plus élevé. Mais, puisqu'on le veut, plaçons-nous au point de vue de la province de Québec seule, et de la nationalité canadienne-française. Combien de centres canadiens-français importants d'Ontario, du Manitoba, des Territoires du Nord-Ouest, des Provinces Maritimes offriraient un excellent champ de pratique à nombre de nos compatriotes ? Cela ne vaudrait-il pas mieux que de les laisser s'expatrier dans les États de la Nouvelle-Angleterre ? Combien de médecins ne seraient-ils pas heureux de profiter de l'occasion qui leur serait offerte, et de gagner honorablement leur vie sans quitter le Canada.

On nous a fait le reproche de manquer d'impartialité, et de défendre le Bureau des Gouverneurs par intérêt personnel. Quel intérêt personnel pouvons-nous avoir dans la question ? Si nous défendons le Bureau actuel, ce n'est pas parce que les officiers de ce Bureau s'appellent Lachapelle, Catellier, Craik, Marsolais, Jobin, Boulet, McDonald, etc., mais parce que nous approuvons la ligne de conduite qu'il a tenue ; ce serait la même chose si les officiers s'appelaient Simard, Sirois, etc.— On nous dit : mais la majorité des gouverneurs désapprouvent le projet de loi créant un Bureau Fédéral

Alors, expliquez-nous comment il se fait que le Bureau des Gouverneurs ait approuvé, à deux reprises et presque à l'unanimité, le principe du projet de loi ; comment il se fait qu'il ait jugé à propos de nommer un comité permanent chargé de voir à ce que les intérêts du Bureau soient protégés dans le dit projet de loi ; et pourquoi, enfin, si tant de gouverneurs s'opposent à ce projet, n'a-t-on pas pu obtenir le nombre de signatures voulu par les règlements pour demander une assemblée extraordinaire du Bureau ? Voilà des faits qu'il est bon de ne pas ignorer, et qui parlent par eux-mêmes. Et quand on écrit : la profession ne veut pas du projet de loi, il est aisé de répondre : comment le savez-vous ? Le désir nous paraît être ici le père de la pensée.

On a prétendu que le Bureau des Gouverneurs s'engageait trop vite, qu'il ne pourrait pas protéger suffisamment la province, qu'il serait entraîné dans un guet-apens par des personnes intéressées à faire passer la loi nouvelle. On n'a jamais voulu tenir compte que la discussion à Ottawa n'était qu'une procédure préliminaire permettant aux délégués provinciaux et aux législateurs de fixer d'une manière satisfaisante, si possible, le mot à mot de la loi, pour la faire accepter ensuite par les autorités fédérales ; et que, même alors, rien de définitif n'était fait, puisqu'il restait à obtenir le consentement et l'approbation des Bureaux provinciaux d'abord, des législatures provinciales ensuite. Et pour soutenir cette prétention que ce qui se ferait à Ottawa lierait irrévocablement la province, on a été jusqu'à nier les pouvoirs de la Législature provinciale de Québec tels que consacrés par l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord. N'y a-t-il pas là un parti pris évident ?

Parce que nous avons affirmé que les membres du comité nommés par le Bureau des Gouverneurs étaient parfaitement en état de protéger les droits de la province, et de retirer l'adhésion du Bureau s'il y avait lieu, on trouve que cette marque de confiance suffit à les couvrir de ridicule. Vraiment ! Mais alors pourquoi diable le Bureau a-t-il précisément choisi ceux-là par son vote, s'il est si ridicule d'avoir confiance en eux ? On a dit encore : ces messieurs étaient acquis d'avance au projet de loi. Pardon, entendons-nous : acquis d'avance au *principe* du projet de loi, oui, puisque le Bureau s'était prononcé en sa faveur. Mais il restait à savoir comment ce principe serait mis en action dans la loi proposée, afin qu'elle ne renfermât rien de contraire aux intérêts de la province, et c'est précisément pour cela que le comité devait se rendre à Ottawa. Ce comité avait tous les pouvoirs voulus pour confirmer ou retirer l'adhésion de la

Province de Québec, et ses vues auraient été reçues avec d'autant plus de respect que l'action consécutive du Bureau des Gouverneurs et de la Législature aurait dépendu entièrement de son rapport. De ce côté, nous étions amplement protégés ; il était impossible qu'on nous prit par surprise, et bien plus encore qu'on nous imposât une loi fédérale dont nous n'aurions pas voulu. Voilà pourquoi nous avons dit que la campagne d'opposition qu'on a organisée était prématurée et injuste. La Société Médicale de Québec aurait dû se demander si, en rejetant, dès décembre 1899, le principe même du projet de loi, elle n'agissait pas prématurément, sans connaissance suffisante de la question en cause, et si, en agissant ainsi, elle ne s'exposait pas à compromettre pour toujours le règlement de la question interprovinciale.

Et cependant, qui oserait prétendre que le règlement de cette question ne serait pas du plus grand intérêt pour la profession médicale en général, et pour celle de la province de Québec en particulier, surtout celle qui habite les frontières !

Qu'a-t-on reproché, en somme, au projet de loi du Dr Roddick, adopté à l'unanimité à l'assemblée de l'Association Médicale Canadienne à Toronto ?

Le Bureau Fédéral projeté, a-t-on dit, fera perdre aux provinces le contrôle des études, des étudiants et des institutions enseignantes, parce qu'il aura des pouvoirs trop considérables ; il tiendra registre, établira un programme d'études pour l'admission à l'étude et à la pratique, aura un bureau d'examineurs, pourra reconnaître les diplômes étrangers, etc. D'abord, les aurait-il eus. ces pouvoirs ? car vous ne savez pas ce qui serait résulté de la discussion à Ottawa ; personne ne peut le savoir. Il fallait au moins attendre cette discussion. Le comité aurait fait rapport au Bureau des Gouverneurs, et c'est alors que celui-ci aurait été à même de prendre une décision et, si la chose eût été nécessaire, d'organiser une campagne pour empêcher la Législature de Québec de donner à cette législation fédérale son complément nécessaire pour la rendre valide.

En principe, il est difficile de refuser à un bureau qui accorde licence le droit de tenir registre et d'établir un programme d'études, soit pour l'admission à l'étude, soit pour la pratique. Ce programme, fait par le Bureau Fédéral, ne pourrait s'appliquer qu'à la licence fédérale, et nous ne voyons pas beaucoup en quoi il tendrait à modifier les lois provinciales, qui resteraient les mêmes et pour les études universitaires et pour les formalités de brevet ou de licence. Ceux qui désireraient obtenir la licence du Bureau Fédéral seraient obligés de s'astreindre au programme fixé par lui, voilà tout ; mais l'organisation provinciale ne

changerait pas. Mais il y a le danger, a-t-on dit, que tous les étudiants s'inscrivent au Bureau Fédéral, et qu'il n'en reste plus pour les provinces. Ceci est une erreur, parce que : 1<sup>o</sup> les examens fédéraux — le projet de loi le dit — en aucun cas ne pourront être plus faciles que les examens provinciaux ; 2<sup>o</sup> parce que l'examen fédéral obligera le candidat à payer deux licences, l'une à Ottawa, l'autre dans la province où il veut pratiquer ; 3<sup>o</sup> parce que, pour s'expatrier d'une province où l'on est né, où l'on a sa famille et ses amis, il faut une raison majeure. Un bureau fédéral ne fera jamais disparaître l'utilité ou la nécessité des bureaux provinciaux. Quant à la question de confier à un Bureau Fédéral le pouvoir de régler les questions internationales, nous n'y voyons pas d'inconvénients, attendu que, dans ce cas comme dans tous les autres, les décisions d'un pareil bureau seraient nécessairement influencées par le fait que toute province se considérant maltraitée conserve le droit de se retirer du pacte fédéral.

On s'est beaucoup objecté à la composition proposée du Bureau Fédéral. Nous serions, a-t-on dit, la minorité. Pouvons-nous prétendre être la majorité ? Evidemment non. Il faut prendre la situation telle qu'elle se présente. D'ailleurs ce Bureau, par sa composition même, et par le but qu'il se propose d'atteindre, ne saurait donner la prépondérance à une province aux dépens des autres. Nous comprenons ce Bureau comme un Conseil central, où siègeront les délégués provinciaux chargés de régler par entente mutuelle les questions concernant la profession médicale du Canada en général. Toute tentative de prépondérance mettrait immédiatement la vie de ce Bureau en danger. Les membres de ce Bureau seraient régis par une charte fédérale, il est vrai, mais soumise toujours au bon plaisir des législatures provinciales. Nous ne craignons pas non plus l'influence politique ; parce que les deux tiers des membres ne seront responsables qu'aux bureaux provinciaux. Au contraire, cette rencontre des délégués provinciaux et des délégués du gouvernement ne pourrait avoir qu'un bon résultat dans le règlement des questions médicales d'intérêt public, car ces délégués gouvernementaux auraient là une excellente occasion de se renseigner sur les besoins particuliers à chaque province. Quant à la nomination aux emplois publics, le Bureau Fédéral n'aura pas à y voir, et le gouvernement n'aura pas à le consulter. Ce n'est pas dans ses habitudes.

On a prétendu encore que la création d'un Bureau Fédéral retarderait le progrès de la science médicale dans le pays, et diminuerait l'influence de la science française ? Voilà une utopie qui ne soutient même pas l'analyse la plus superficielle. Comment une question

d'administration interne peut-elle influencer la science en général, surtout lorsqu'il s'agit de la médecine, qui est une science essentiellement internationale, dont l'édification est faite par les chercheurs de tous les pays ? C'est dans les Universités qu'il faut chercher la science, et non pas dans les bureaux d'administration. L'important pour nous est de conserver l'usage de la langue française aux examens, et personne ne songe à nous refuser cet usage. Et même ce point entraîne, comme conséquence forcée, la présence de Canadiens-français dans le bureau des examinateurs.

Encore une fois, si nous avons défendu le projet de loi Roddick, si nous avons approuvé la ligne de conduite du Bureau des Gouverneurs de notre province, c'est uniquement par conviction. Nous n'aurions pas reproché à la Société Médicale de Québec d'avoir condamné dès l'abord, pour tuer le bill Roddick, le principe de la création d'un Bureau Fédéral, et nous n'aurions pas traité l'opposition organisée par MM. Simard et Sirois de prématurée et d'injuste, si nous n'avions pas cru être justifiable de le faire. En cela, nous n'avions en vue que l'intérêt général de la profession, qui demande que, dans les questions de ce genre, l'œuvre du Bureau des Gouverneurs ne soit pas entravée par des considérations locales et des sentiments personnels.

Nous savions que ni le comité du Bureau Médical, ni le Parlement fédéral ne pouvaient lier la province de Québec, sans le concours subséquent de notre Législature, et nous croyions, et nous croyons encore, que ceux qu'inquiétait le projet d'un Conseil Médical Fédéral auraient mieux servi les intérêts de la profession et auraient agi plus correctement en attendant que la question eût été étudiée à fond et bien élucidée par ceux qui en avaient la responsabilité. C'eût été le temps alors, en supposant que les représentants des bureaux provinciaux et les législateurs fussent venus à une entente, d'apprécier et de juger leur œuvre et, s'il y avait eu lieu, d'entreprendre une campagne pour empêcher notre Bureau et notre Législature d'accepter et de ratifier la mesure proposée.

\* \* \*

Notre tâche de rédacteur en chef à l'*Union Médicale du Canada* se termine ici. Appelé récemment par l'Université Laval de Montréal à un poste d'honneur, nous désirons consacrer à l'accomplissement de nos nouveaux devoirs tout notre travail et toute notre énergie, et c'est bien volontiers que nous cédon's la place à de nouveaux con-



frères, dont nous connaissons d'ailleurs toutes les aptitudes à remplir la position. Rédigée à partir de ce jour par un comité de collaboration, l'*Union Médicale du Canada* n'en offrira que plus d'intérêt et plus de variété, en même temps qu'elle suivra dans la voie du progrès une marche plus rapide.

Nous nous sommes efforcé, pendant nos cinq années de rédaction, de maintenir la revue à la hauteur où l'avait placée notre vénéré maître, Hugues-Evariste Desrosiers, et nous avons tâché en plus d'en faire pour le profession médicale un guide et un défenseur. Chaque fois que les intérêts de la profession nous ont paru être en danger, nous sommes accouru à la rescousse, et nous avons écrit, nous avons bataillé même, sans peur et sans reproche. Il nous semble que nous n'avons pas bataillé en vain ; et si la loi médicale passée l'hiver dernier à la Législature de Québec peut être considérée un peu comme le résultat de nos efforts, nous nous déclarons satisfait.

Dans tout ce que nous avons écrit depuis 1895, il n'y a pas un mot, pas une ligne que nous retrancherions aujourd'hui. Sans doute, il nous a fallu, à maintes occasions, parler hardiment ; il nous a fallu aussi nous séparer de gens qui avaient été nos maîtres et nos amis ; mais nous n'avons pas hésité un seul instant, car nous considérons qu'il y avait péril en la demeure. Si, durant nos polémiques, nous nous sommes trompé, si nous avons été injuste envers qui que ce soit, on voudra bien nous pardonner à cause de notre bonne foi, et tenir compte que nous n'avons jamais rien demandé pour nous-même. Le bien général de la profession, et cela seul, a toujours été notre but.

Aujourd'hui la profession médicale, — et l'*Union Médicale* y aura bien été pour quelque chose — a l'œil ouvert sur ses intérêts ; elle suit de près ce qui la concerne, et, grâce à la loi Cotton, elle pourra, le moment voulu, faire valoir son opinion ; elle est affranchie des liens qui l'immobilisaient. Nous pouvons maintenant nous retirer, et nous attendrons avec confiance, la conscience en paix, le jugement de nos pairs : il nous sera favorable.

E. P. BENOIT.