

**PAGES**

**MANQUANTES**

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Syndromes hystériques simulant les maladies organiques des centres nerveux.

(Suite et fin)

---

Par le Dr D. BROCHU,

Professeur à l'Université-Laval.

---

### 4° HÉMIPLÉGIE ET APHASIE HYSTÉRIQUES.

---

Le cas suivant est celui d'une fille âgée de 38 ans dont l'histoire nous traçait les attributs d'un tempérament névropathique et, de plus, certains accidents de l'hystérie confirmée, (crises convulsives, parésies, etc.) L'examen actuel permettait de corroborer ces antécédents par l'existence de quelques-uns des stigmates les plus caractéristiques de la névrose (anesthésies, etc.)

Cette malade, qui devait plus particulièrement nous intéresser en faisant revivre sous nos yeux un double syndrome simulateur des maladies organiques des centres nerveux, avait été admise, tout d'abord, à l'hôpital pour une variété de dermatose à caractère de vésicules confluentes et de phlyctènes. Ces lésions élémentaires étaient étendues à toute la surface de la peau, et elles avaient envahi également la muqueuse de la bouche et du pharynx, qui étaient le siège des sensations les plus douloureuses. Ces douleurs, occasionnées par le contact de la plupart des aliments, offraient un sérieux obstacle à l'alimentation chez un sujet aussi susceptible : aussi la nutrition générale était-elle profondément altérée. L'aspect extérieur ne manquait pas de frapper l'attention par les indices d'une déchéance générale et d'un état tout-à fait misérable et souffrant. Toute la surface du corps et des membres était recouverte de pansements pour la protection des plaques ulcérées et douloureuses de l'éruption pemphigoïde ; sur les lèvres tuméfiées se dessinaient des croûtes brunâtres, et les phlyctènes localisées sur les pieds et les mains mettaient la malade dans l'impossibilité de faire

aucun usage de ses membres : elle se trouvait ainsi clouée sur son lit, depuis plusieurs semaines, sans pouvoir même s'aider pour porter les aliments ou les boissons à sa bouche.

L'évolution de cette dermatose avait été marquée par des rémissions et des poussées périodiques ; le diagnostic l'avait fait considérer comme un cas de *Dermatite herpétiforme* de *Durhing* : elle en rappelait, en effet, l'évolution et quelques uns des symptômes saillants. Mais elle me parut reproduire également les traits caractéristiques du *pemphigus hystérique*, décrit en premier lieu par Franceschi (Thèse de Paris, 1883). Et comme la nature bien connue du terrain établissait une forte présomption en faveur de cette dernière entité morbide, je résolus de mettre en œuvre, d'emblée, comme moyen thérapeutique fondamental, les influences psychiques et suggestives afin de donner une orientation nouvelle à l'état mental : ce qui pourrait permettre de modifier les idées fixes et d'influencer les troubles purement névropathiques.

Je m'efforçai, d'abord, de gagner toute la confiance de la malade en lui montrant la plus grande commisération pour cette affection si pénible qui l'assujettissait à un véritable supplice et troublait toute la jouissance de sa vie. Mais je lui laissai entrevoir avec la plus grande assurance qu'elle pouvait espérer un rétablissement complet et assez prompt de sa santé, si elle voulait se soumettre au régime diététique que nous lui prescrivions, avec l'aide de quelques médicaments : elle pourrait ainsi être réintégrée au milieu de sa famille dont l'éloignement lui causait le plus grand ennui. J'avais une forte présomption que l'affection de la peau, chez un tel sujet, tout en tenant à la susceptibilité du système nerveux, était entretenue par les troubles de la nutrition et le délabrement de la santé générale.

Elle avait l'habitude de refuser une grande partie de la nourriture qu'on lui offrait, par la crainte des douleurs réveillées au passage des aliments sur les plaques ulcérées de la muqueuse bucco-pharyngienne ; nous l'engageons fortement à surmonter cette répugnance et ces douleurs : l'alimentation nous paraissant devoir être la condition fondamentale de sa réhabilitation dans l'état de santé ; il nous serait d'ailleurs facile de diminuer la sensibilité de la bouche par des applications d'une solution de cocaïne.

Nous prescrivons, pour toute médication, un mélange de Sirop de Lacto phosph. de chaux et Liqueur de pepsine, parties égales, comme tonique et eupeptique : le remède, de même que la nourriture, devant être donné le plus régulièrement et à des heures bien déterminées.

L'amélioration fut nettement appréciable, dès la deuxième semaine tant pour la nutrition et la santé générale que pour les lésions de la peau. A la troisième semaine, la plupart des phlyctènes étaient guéries et ne laissaient entrevoir, pour toutes traces, que des taches brunes et bronzées ; la malade pouvait prendre une diète généreuse, se lever de son lit et faire usage de ses mains. Trois mois après, aucune nouvelle poussée de dermatite ne s'était reproduite, l'amélioration de la nutrition avait été persistante et la malade était revenue à un embonpoint assez marqué.

Mais cette dermatose rebelle, dont la pathogénie nous avait paru se rattacher à l'altération de la nutrition, en même temps qu'au terrain névropathique, et qui avait cédé si facilement à un régime suivi, aidé de influences psychiques et suggestives, n'était qu'une étape qui devait servir à faire éclore d'autres troubles plus essentiellement nerveux, grâce à la même facilité de suggestion de la patiente.

La disparition assez rapide d'une affection de la peau, à laquelle elle avait été en proie, depuis plusieurs mois, et qui donnait lieu à une exsudation d'humeurs assez abondante, était bien propre à réveiller, dans l'esprit d'une telle malade, les préjugés populaires sur les dangers des *humeurs rentrées* et à faire naître, par suite, l'idée fixe de certaines complications internes à redouter.

Elle ne manqua pas, en effet, de nous communiquer ses appréhensions sur ce sujet, dès le début de sa convalescence ; et, malgré l'assurance que nous avions cherché à lui inspirer, elle commença à ressentir, vers la fin du premier mois, de l'engourdissement dans les membres de tout un côté puis de la faiblesse et, enfin, de l'impuissance à faire aucun mouvement un peu étendu : c'était de l'hémiplégie incomplète des membres, avec hémianesthésie, mais sans paralysie faciale, comme cela se rencontre habituellement, d'ailleurs, dans les troubles de l'hystérie. Il n'y avait aucune altération des réflexes, ni signes de Babinski.

Une amélioration appréciable, quoique non décisive, se fit dès les premiers jours ; mais la malade commença à ressentir, à la suite, de l'engourdissement dans la langue et, un matin, la maîtresse hospitalière nous avertit, à notre entrée dans les salles, que notre " fille était muette."

Comme nous approchions de son lit, elle poussa une exclamation " Oh m...Dieu " et par des gestes bien libres et en bredouillant quelques mots, peine intelligibles, elle chercha à nous faire comprendre que la paralysie avait remonté des membres jusqu'au cerveau ; puis elle nous montra un

page écrite sur ardoise pour nous demander toutes sortes de renseignements sur les conséquences de ce nouvel accident qui mettait le comble à son malheur en la privant de l'usage de la parole.

Il n'y avait aucune déviation du côté de la face ni du côté de la langue comme cela se rencontre habituellement dans les cas d'hémiplégie due à des lésions centrales du cerveau ; et, d'ailleurs, la facilité avec laquelle cette malade pouvait traduire ses pensées par les gestes et par l'écriture tranchait nettement avec la lenteur et l'obnubilation intellectuelle qui fait suite aux lésions organiques de l'encéphale. Le diagnostic d'un accident d'origine hystérique paraissait devoir s'imposer, ici, encore plus facilement que dans les premiers cas que nous avons étudiés.

Mais si l'hémiplégie simple est bien, un accident assez banal parmi les troubles de motilité de la *névrose* c'est aussi l'un des troubles les plus fréquents qui trahissent les lésions en foyer ou les troubles partiels de circulation dans le cerveau. Ce cas nous obligeait donc, vis à vis des élèves de notre clinique, à mettre en relief les signes différentiels de ce syndrome tant dans l'hystérie que dans les maladies organiques des centres nerveux. C'est ce que nous ferons de nouveau, ici, si vous voulez bien me prêter votre attention. L'analyse de ces signes vous démontrera, d'ailleurs, que le problème est souvent complexe et ne peut pas toujours être résolu d'une manière aussi facile que dans le cas que j'offre maintenant à votre considération.

Les caractères dont on se sert pour distinguer l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie organique peuvent être groupés en deux catégories : d'une part, les caractères intrinsèques relatifs aux troubles de motilité, et sur lesquels Babinski nous a fourni, récemment, des renseignements nouveaux ; de l'autre, les caractères extrinsèques qui se rapportent aux phénomènes concomittants, aux circonstances dans lesquelles la paralysie est apparue, ainsi qu'à la nature du terrain sur lequel elle s'est développée.

L'analyse des symptômes cliniques et des conditions pathogéniques doit s'aider en même temps d'une étude anatomique détaillée et des notions les plus positives de la pathologie nerveuse.

Il importe néanmoins de faire remarquer que les données fournies par l'*examen anatomique* seul ne suffisent pas pour délimiter le domaine des hémiplégies organiques.

Dans la grande majorité des cas c'est l'*ensemble* des symptômes intimement liés à l'hémiplégie et le mode de son évolution qui caractérisent parfaitement l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique.

Les caractères extrinsèques ne possèdent pas toute l'importance qu'on leur accorde habituellement.

Assurément l'émotion joue un grand rôle dans la genèse des phénomènes hystériques et des accidents moteurs par lesquels ils se traduisent quelquefois ; mais celle-ci peut tout aussi bien développer une lésion organique de l'encéphale. Ainsi une personne, déjà disposée à l'hémorragie par l'âge ou l'altération précoce de ses vaisseaux, reçoit un choc moral ou physique, et sous l'influence d'un changement brusque de la circulation qui en est la conséquence, la rupture d'une artère centrale se produit et détermine de l'apoplexie, de l'hémiplégie, avec ou sans aphasie.

Chez les artério scléreux dont les artères sont impropres à régulariser la circulation, la majorité des facteurs étiologiques de l'hémiplégie organique, agissant avec une intensité moins prononcée, peuvent produire dans le cerveau une altération en foyer soi-disant fonctionnelle, suivi d'hémiplégie. Ces hémiplégies fonctionnelles n'ont rien à faire avec l'hystérie et ne peuvent être séparées des hémiplégies organiques, bien que, cependant, elles peuvent subir des changements dans l'intensité de leurs symptômes sous l'action d'une influence psychique, tout comme les hémiplégies hystériques.

Le jeune âge, l'absence des troubles cardiaques (embolie) la présence des stigmates hystériques établis-ent une forte présomption en faveur de la névrose, mais ne sont pas, non plus, des preuves irréfutables de la nature hystérique de l'hémiplégie. La fièvre, les escarres à évolution rapide, l'incontinence des matières fécales, qui témoignent d'une altération profonde des centres nerveux, ont plus de prix pour établir le diagnostic différentiel

Toutefois ces signes extrinsèques sont contingents et il ne faut jamais omettre de s'arrêter surtout à l'appréciation des caractères intrinsèques pour établir un diagnostic précis : force est d'admettre néanmoins qu'il n'est pas toujours facile de déterminer le rôle appartenant à l'hystérie, à une lésion organique du cerveau ou à une altération " fonctionnelle en foyer. "

Parmi les symptômes intrinsèques les plus importants à analyser il faut noter les suivants : l'apoplexie, l'aphasie, la paralysie faciale, l'hémiplégie, l'état des reflexes :

A. *Apoplexie*.—C'est un syndrome qui apparaît dans la moitié des cas des hémiplégies organiques : il ne saurait être simulé par l'apoplexie.

hystérique " que bien exceptionnellement. Dans cette dernière il n'y a pas de changement notable dans le pouls ni la *température*, et il n'y a pas de coïncidence à proprement parler de symptômes en foyer : *aphasie, paralysie faciale*. La respiration n'est pas stertoreuse et on distingue souvent de légers spasmes, soit du côté des paupières soit dans un côté de la face, (hémispasme, glosso-labié).

B. *Aphasie*. L'aphasie, dans l'une ou l'autre de ses formes, se rattache à l'hémiplégie organique, mais elle n'apparaît que dans une faible proportion des cas. Lorsqu'elle s'ajoute au syndrome de l'hémiplégie, il n'est pas difficile de la distinguer du *mutisme* ou de l'*aphasie hystérique*. Dans ces derniers cas, le sujet n'a rien perdu de sa mémoire et de sa lucidité d'esprit, et, pour suppléer au langage parlé, il conserve la mimique et les gestes ; de plus, il traduit ses pensées par l'écriture avec la plus grande facilité : il en était ainsi pour la patiente dont nous étudions l'observation.

C. *Paralysie faciale*. Régulièrement associée, du moins d'une manière passagère, à l'hémiplégie organique, la paralysie faciale manque le plus souvent dans l'hystérie. S'il y a déviation des traits de la face, on remarquera plutôt, ce que Charcot a été le premier à mettre en lumière, une hypertonie ou contracture de muscles opposés, qui donne, à première vue, il est vrai, l'apparence de l'hémiplégie complète. Mais le malade ne " fume pas la pipe " comme dans le coma apoplectique de l'hémiplégie organique ; le sillon naso-labial n'est pas effacé du côté en apparence de paralysie, et si l'on presse les masses musculaires on sent qu'elles ne sont pas flasques comme dans la paralysie organique. Dans cette dernière, les mouvements de la face sont plus difficilement exécutés du côté de l'hémiplégie ; ce plus, la langue tirée hors de la bouche est ordinairement un peu déviée du côté paralysé. L'évolution de la paralysie suit un ordre régulier comme dans l'hémiplégie des membres ; si la contracture apparaît elle succède à la paralysie flasque, et les troubles de motilité s'atténuent progressivement. On peut donc affirmer, en clinique, que les troubles de motilité engendrés par l'hystérie, du côté de la face, sont principalement des phénomènes spasmodiques. Charcot a donné de l'hémispasme glosso-labié, en opposition à la paralysie faciale organique, une description magistrale.

Dans ces troubles de la face de nature hystérique, on n'observe jamais l'abaissement du sourcil ni l'effacement des plis du front comme dans la paralysie organique étendue au domaine du facial supérieur, phénomènes qui s'expliquent par un défaut de tonicité musculaire. En y portant atten-

tion il sera permis, d'autre côté, de distinguer assez souvent de légers spasmes du côté des paupières.

La pseudo paralysie faciale hystérique comme les troubles de motilité de même nature est *systématique*, l'évolution en est capricieuse, sans règles ; elle est susceptible de s'atténuer ou de s'aggraver, à plusieurs reprises et parfois d'un instant à l'autre. C'est ce qui donne aux différentes paralysies hystériques un cachet spécial et bien distinct

Enfin, on doit mentionner un autre signe différentiel que Babinski a décrit dans la paralysie faciale organique, c'est le *signe du peaucier du cou* qui révèle une parésie de muscle du côté malade. Cette parésie devient apparente dans les mouvements synergiques que les muscles peauciers sont appelés à accomplir (ouverture de la bouche toute grande, flexion forcée de la tête, mouvements de déglutition etc.) ; les fibres du muscle du côté sain ont une action prédominante et le relief musculaire est beaucoup plus marqué. Ce signe manque habituellement dans l'hystérie.

*D. Hémiplégie des membres ;* — Les caractères différentiels des paralysies des membres ne sont pas moins importants : ils sont fournis par des troubles de *tonicité musculaire*, de la *contractilité volontaire* et de la *contractilité réflexe*

La tonicité musculaire est plus affaiblie dans le cas de lésions organiques ; cet affaiblissement se manifeste par un abaissement de l'épaule ainsi que par la chute plus complète du pied et de la main dans certaines attitudes. La diminution des troubles paralytiques se fait d'une manière régulière et progressive, la paralysie n'est pas sujette à des alternatives, et, en dehors des signes graves de l'apoplexie, par inondation ventriculaire, la contraction succède à la flaccidité, de 4 à 6 semaines après le début de la maladie. Dans l'hystérie, au contraire, l'évolution des troubles paralytiques est capricieuse : elle peut rester indéfiniment flasque ou bien être spasmodique dès le début, ou encore inégale, marquée par des rémissions transitoires qui ne durent parfois qu'un instant. On les constate en maintenant soulevé à une certaine hauteur pendant quelques instants le membre paralysé ; le poids semblera en varier, s'il s'agit d'une paralysie hystérique (Babinski).

La paralysie est rarement complète, et elle ne s'accompagne pas de troubles trophiques ou vaso moteurs mais plus généralement de troubles de sensibilité—anesthésie superficielle ou profonde, hypéresthésie.

*E. Reflexes*—L'état des réflexes fournit des caractères distinctifs importants. Dans l'hémiplégie organique, les réflexes tendineux, quel que soit leur état au début, s'exagèrent vers la quatrième semaine, si l'hémorragie a atteint directement les faisceaux conducteurs, cette exagération s'accom-



pagne de trépidation épileptoïde du pied et même de la main. Dans l'hémiplégie hystérique, l'absence de modification des reflexes et l'absence de l'épilepsie spinale vraie peuvent être considérées comme la règle. Si l'un ou l'autre de ces signes se manifeste, c'est plutôt d'une manière apparente et inconstante, par une influence psychique ; en y portant attention on se rendra compte que le réflexe illégitime peut être souvent provoqué par la percussion d'une région voisine du tendon, et de plus, que le temps perdu entre la percussion et la réaction est d'une durée beaucoup plus considérable, en même temps que le mouvement observé est plus étendu.

Deux autres phénomènes dont l'importance séméiologique mérite d'attirer l'attention du clinicien ont été signalés par Jabiniski.

C'est d'abord le mouvement de flexion combinée de la cuisse et du tronc, phénomène qui découle d'un défaut d'immobilisation de la cuisse à cause de la parésie des extenseurs. C'est un signe que l'on n'observe que dans l'hémiplégie organique : lorsque, étendu sur un plan résistant horizontal, les bras croisés sur la poitrine, le malade fait un effort pour se mettre sur son séant, la cuisse, du côté paralysé, se fléchit sur le bassin, et le talon se détache du sol, tandis que, du côté normal, le membre inférieur reste allongé et collé au sol, et l'épaule se porte en avant.

L'autre phénomène auquel on accorde une non moindre importance est celui des orteils : A l'état normal, chez l'adulte l'excitation de la plante du pied provoque, entre autres mouvements reflexes, une flexion des orteils sur le métatarse, et jamais d'extension ; lorsqu'il y a une altération organique dans les conducteurs de la voie pyramidale, l'excitation du pied donne lieu à l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. Ce phénomène, qui existe dès le début de l'hémiplégie organique, manque constamment dans l'hémiplégie hystérique, selon l'auteur, ou du moins n'apparaît que très exceptionnellement, suivant d'autres observateurs.

Les paralysies hystériques peuvent encore se distinguer par la nature de leurs causes : suggestion ou auto-suggestion, et comme telles, ne portent que sur les mouvements, conscients et subconscients ; elles manquent habituellement dans les mouvements associés qui s'exécutent inconsciemment ; d'autres fois elles sont systématiques : ce n'est pas un muscle ou un groupe de muscles qui est paralysé, c'est une fonction qui est abolie.

D'un autre côté, on doit noter que l'hémianopsie, l'état psychique profondément altéré, le *decubitus acutus*, bien que servant le plus à distinguer les maladies organiques, ne sont pas pathognomoniques, pris isolément, pour

éliminer l'hystérie, mais ils peuvent suffire pour assurer le diagnostic d'une hémiplégiè organique si toutefois rien n'oblige à admettre une association de l'hystérie avec une affection organique.

Il en est de même, également, des stigmates ou des accidents de l'hystérie confirmée : s'ils permettent d'affirmer l'hystérie, ils ne peuvent pas toujours non plus éliminer l'idée d'une maladie organique (syphilis, intoxication) qui peut se développer simultanément sur un terrain névropathique et aboutir au même accident de paralysie.

C'est ainsi que pour éviter toute erreur, il est enseigné, comme règle générale, de rechercher, dans tous les cas présentant des symptômes indubitables de l'hystérie, si elle ne masque pas une lésion organique qui est la cause réelle de l'hémiplégiè.

Dans le cas de notre malade, le syndrome de la paralysie se présentait avec les allures classiques de l'hémiplégiè hystérique : paralysie incomplète des membres, mobile, limitée au côté gauche et associée avec de l'anesthésie du même côté ; pas de paralysie faciale ni déviation de langue, mais association d'aphasiè motrice simple sans agraphie, ou plutôt de mutisme, qui au lieu d'apparaître simultanément avec la paralysie des membres, comme dans les lésions des centres psycho-moteurs, n'était venue se surajouter que deux jours après la paralysie des membres alors que celle-ci présentait déjà des signes d'amélioration ; pas d'altération des reflexes ni aucun des phénomènes remarqués par Babinski. Ajoutons à ces signes intrinsèques des antécédents d'hystérie confirmée, (crises hystériques convulsives, accidents de paralysie fugaces, anesthésies) l'influence évidente d'une idée fixe sur l'origine de ces troubles nouveaux—idée fixe dérivant de la crainte des " humeurs rentrées " à la suite de la disparition assez rapide d'une dermatose généralisée et l'origine de l'auto-suggestion — et l'on admettra que le diagnostic ne pouvait offrir, pour ce cas, de sérieuses difficultés.

Ainsi, le bilan de la névrose nous paraissant nettement établi, en l'absence de tout signe pathognomonique de lésions organiques des centres nerveux, nous n'avons pu hésiter à rapporter à cette influence pathogénique le syndrome clinique qui se présentait à notre observation et dont l'histoire m'a servi d'occasion pour rappeler à votre mémoire les signes différentiels des hémiplegies organiques et de celles qui relèvent d'une influence purement névropathique.

Il me fut facile de prédire, en même temps, les effets décisifs que produirait le traitement psychique aidé de l'influence de moyens physiques suggestifs, sur ces troubles, d'origine purement fonctionnelle.

Comme le précepte, dans ces circonstances, est de frapper l'esprit pour changer l'idée fixe et d'agir sans trop de délai afin de ne pas laisser au trouble névrosique (paralyse ou contracture) le temps de s'acclimater (Charcot), nous avons procédé, dès le lendemain, pour l'intérêt de nos élèves, à une application des courants d'électrisation faradique, non sans avoir pris la précaution, pour les effets suggestifs, de leur expliquer en présence du lit de la malade, que ce moyen était le plus spécifique et le plus propre à assurer une guérison prompte et complète. Je leur démontrai également l'importance pratique de donner la plus sérieuse considération à ces variétés de troubles qui ne manquent jamais d'exciter les plus grandes appréhensions chez les malades et dans leur entourage.

Nous dirigeons d'abord les courants sur la gorge pour vaincre la paralysie qui empêchait la parole ; nous indiquons à la malade, avant la production de chaque choc, une monosyllabe à prononcer, dès qu'elle sentira les atteintes de l'électricité.

L'effet fut instantané, notre patiente visiblement frappée dans son imagination par l'attente des effets décisifs d'un moyen, qui pour elle avait le prestige du merveilleux, put prononcer non seulement successivement les monosyllabes — Oui, non, bien—mais elle put ajouter d'elle-même, à la suite, que " c'était dur "

Nous lui donnons l'assurance, dès lors, que le succès sera complet, et que rien, désormais, ne l'arrêtera de parler, car nous avons emporté le point le plus difficile pour la guérison de sa maladie. Quant aux membres atteints dans leur sensibilité et leur libre action, le traitement identique pouvait donner les mêmes garanties.

Nous appliquons le même procédé de la faradisation (courant de tension, avec bobines à fil long et fin) pour réagir davantage sur la sensibilité nerveuse émoussée. Malgré l'existence d'une anesthésie étendue, ce genre d'électrisation, l'excitant par excellence de la sensibilité nerveuse et qui doit particulièrement à cette propriété son action sur la contractilité musculaire, détermina des contractions ordinaires dans les muscles comme si la sensibilité n'avait pas été altérée, contrairement à ce qu'on eut pu s'attendre dans une lésion organique de la moëlle et des nerfs périphériques. Ces résultats n'avaient rien de surprenant dans notre cas, car il est constaté que ces anesthésies échappent le plus souvent à la conscience des sujets hystériques et qu'elles ne gênent nullement leurs mouvements et leur libre action.

Une seule séance d'électrisation, avec la mise en scène indiquée plus haut, a suffi pour rétablir l'équilibre troublée dans les manifestations de la motilité des membres et dans la faculté de la parole chez cette fille hémiplegique ; il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre que si l'électrification a eu des résultats aussi décisifs c'est plutôt en dissipant une *idée fixe* et en donnant une orientation nouvelle à l'esprit d'une malade éminemment suggestible.

Nous n'avons pas cru cependant devoir laisser cette malade à elle-même pour l'avenir. Dans le but de modifier le terrain névropathique, de relever la nutrition générale en même temps que pour prévenir le retour de ses accidents nerveux et les poussées de *dermatite*, il nous parut d'une importance fondamentale de la soumettre aux pratiques de l'hydrothérapie : d'abord (applications mitigées, chaudes et froides alternativement,) pour en arriver à l'hydrothérapie froide qui, pour cette classe de névropathes et d'hystériques doit constituer, pour ainsi dire, un traitement de toute la vie. Cette méthode fut suivie plus ou moins régulièrement mais avec les résultats désirés. Nous avons eu récemment l'occasion de revoir le sujet, à plus d'un an d'intervalle : aucune nouvelle poussée de dermatose ne s'est reproduite ; la névrose hystérique est restée silencieuse, sans aucun accident bruyant, et l'état général est des plus satisfaisants.

### 5° PSEUDO TABÈS HYSTÉRIQUE

Je ne saurais mieux compléter cette étude des syndromes simulateurs, des maladies organiques des centres nerveux, qu'il nous a été permis d'observer dans notre clinique de l'hôpital, durant le cours de l'année dernière, qu'en y ajoutant l'analyse de l'observation d'un cas remarquable de pseudo-tabès, également imputable à l'hystérie, que l'un de nos collègues de Laval de Montréal, M. le Dr E. M. Valin a publiée dans l'*Union Médicale* (Avril 1899) Cette observation, qui a mérité l'honneur d'une reproduction, avec appréciation flatteuse pour son auteur, dans une importante revue de neuropathologie de Paris, m'a semblé fournir un type de syndrome simulateur particulièrement intéressant au point de vue qui nous occupe.

Le patient, âgé de 38 ans, était indemne de toute hérédité névropathique et de toute trace de syphilis. Il avait eu de l'incontinence d'urine dans l'enfance, des épistaxis répétées dans l'adolescence, et l'observation mentionne que depuis sa jeunesse il avait un point douloureux au creux épigastrique. Il présentait à l'examen un autre point d'hyperesthésie au cuir chevelu

Tels étaient les seuls signes révélateurs de la névropathie. L'état mental ne trahissait en rien les stigmates psychiques de la névrose.

A vingt deux ans, il avait subi une attaque sévère de rhumatisme inflammatoire; et il eut, à la suite, plusieurs angines inflammatoires phlegmoneuses. Il n'a jamais été victime d'aucun traumatisme moral, facteur si important dans l'étiologie des névroses. Par contre il a fait du surmenage corporel et a été rudement exposé aux refroidissements. Un médecin anglais, de très bonne réputation, lui a laissé entendre qu'il était atteint du tabès et que rien ne pouvait être fait pour lui. Le diagnostic et le pronostic étaient donc des plus décourageants. A la question: " De quoi vous plaignez-vous " le patient répondit qu'il avait les jambes engourdies avec sensation de froid aux extrémités des membres, qu'il avait peine à marcher, manquant d'équilibre, ayant la démarche d'un homme en ivresse. Il ajouta que son estomac n'allait pas bien, qu'il avait des attaques de vomissements, de temps en temps, qu'il éprouvait depuis longtemps déjà des *douleurs fulgurantes, lancinantes en ceinture*. Les crises gastriques revenaient périodiquement tous les 3 ou 4 mois, depuis 7 ans; elles présentaient tous les caractères des crises du tabès: les vomissements débutaient brusquement, avaient une durée de quelques jours, puis disparaissaient, sans laisser après eux un état dyspeptique permanent ou durable.

A l'examen, il fut permis de constater des *plaques d'hyperesthésie* sur le cuir chevelu; le réflexe rotulien était aboli (signe de Westphal) et le patient ne pouvait se tenir en équilibre dans la station debout, les yeux fermés (signe de Romberg) Il avait en outre parfois le phénomène du *dérobement des jambes* et la puissance génitale s'était affaiblie, depuis 8 ans.

M. le Dr Valin fait observer, par contre, qu'il n'a pas constaté d'anesthésie ni retard dans les impressions sensitives, ni le signe de Remak (c'est-à-dire sensation tactile par épingle suivie de sensation douloureuse) ni métarphose de sensations, ni défaut de localisation, ni dissociation des sensibilités.

L'œil ne présentait pas le signe d'Argyll Robertson, c'est-à-dire défaut de réaction de la pupille à la lumière, coexistant avec la persistance de la réaction pupillaire à l'accommodation; pas de myosis, d'inégalité ni de déformation de la pupille; et, point capital, pas d'*altération* de la *papille* non plus que du rétrécissement du champ visuel.

Aucuns troubles trophiques particuliers du tabès ne s'étaient encore produits; pas de fractures spontanées sans douleurs, pas d'arthropathies, pas d'altération de la peau, ni chute des dents ou des ongles.

En résumé, le malade présentait sept signes assez évidents du tabès (ataxie locomotrice de Duchenne.) C'étaient 1° le signe de Romberg 2° le signe de Westphal, 3° les crises viscérales gastriques, 4° les douleurs fulgurantes, 5° les engourdissements et les fourmillements aux extrémités, le déroboement des jambes, 6° la démarche ataxique. 7° la défaiillance génitale.

Et bien que tous ces signes fussent de la classe de ceux qui peuvent, à la rigueur, dériver d'un simple trouble fonctionnel de certains éléments nerveux de la moelle. et que tous les autres éléments symptomatiques d'une lésion organique profonde du centre spinal—signe de Remak, signe d'Argyll Robertson, fractures spontanées non douloureuses, arthropathies et troubles trophiques de la peau, altération de la papille—fissent défaut, il était bien difficile, à première vue, de ne pas être dominé par l'idée du tabès vrai. Mais l'auteur de l'observation, ayant encore présents à l'esprit les avertissements qu'il avait recueillis de la bouche des maîtres de la pathologie nerveuse à la Salpêtrière, se rappela qu'il fallait compter également avec les *pseudo-tabès*, qui peuvent souvent en imposer par leur similitude au vrai tabès. Ce qui était propre à justifier davantage ces doutes c'est que les commémoratifs du sujet ne révélaient aucune des causes que l'on retrace généralement dans la pathogénie du tabès, et que, d'un autre côté, ils témoignaient de l'existence de plaques d'hyperesthésie à la peau, stigmates habituels d'un état névropathique

“ De même que dans certains cas embarrassants, où le diagnostic de syphilis reste hésitant, on a recours à une *thérapeutique d'épreuve*, ainsi j'ai agi dans ce cas, dit M. le Dr Valin, et j'appliquai une thérapeutique qui pouvait avoir un double effet : celui de guérir le malade et d'éclairer le diagnostic. ”

Le malade fut soumis à l'*électricité statique*, moyen très propre à modifier le dynamisme du système nerveux toujours si particulièrement troublé dans les névroses. Dès la quatrième séance, il y avait amélioration dans la motilité et dans la sensibilité ; et, au bout de quelques semaines, toute trace de la maladie, sauf le signe de Westphal, était disparue, et le patient rendait, avec bonheur, à son médecin le témoignage *qu'il se portait bien comme jamais de sa vie*. La guérison s'est soutenue, depuis un an et quatre mois.

Un changement aussi radical dans un état morbide persistant depuis plusieurs années, sous l'influence d'une thérapeutique qui ne s'adressait qu'au dynamisme nerveux, éloignait toute idée de la sclérose médullaire,

substratum anatomique du *tabes vrai*, et venait raffermir le diagnostic d'un trouble purement fonctionnel des mêmes éléments nerveux, imputable à la grande névrose hystérique (pseudo-tabes).

Voilà bien, ajouterons nous, un autre exemple de ces syndromes simulateurs survenant sans cause appréciable, et qui corrobore d'une manière éclatante, la conclusion que nous avons cru pouvoir faire ressortir de notre première observation de pseudo-mal de Pott hystérique : " C'est que non seulement l'hystérie peut reproduire dans ses manifestations cliniques, les syndromes les plus complexes des maladies organiques des centres nerveux, ce qui est de connaissance banale, mais que ces mêmes syndromes peuvent apparaître, chez certains sujets, comme la première et quelquefois l'unique manifestation de la maladie, en dehors des antécédents et des stigmates habituels de l'hystérie, ou de cette grande névrose simulatrice, comme l'a si bien désignée Charcot.

Ces observations variées que nous venons d'analyser successivement serviront à rappeler une vérité qui a été mise en lumière par l'illustre Maître de la Salpêtrière : c'est "qu'il faut, désormais, toujours compter avec l'hystérie ; et l'on ne doit jamais oublier que des types les plus divers des affections organiques des centres nerveux peuvent avoir, dans les syndromes hystériques, un pendant, un représentant qu'il faut savoir démasquer, à l'occasion."

On évitera assez sûrement les méprises, dans le diagnostic, si l'on a toujours présente à l'esprit la vérité suivante, passée à l'état d'axiome dans la pratique :

"Quelque soit le polymorphisme qu'elle revête dans ses diverses manifestations cliniques, la névrose hystérique se trahit toujours en quelque endroit."

Non seulement la tare nerveuse héréditaire, les causes occasionnelles qui la provoquent, la mobilité de ses symptômes, le caractère de son évolution suffisent bien souvent à la faire soupçonner et à la dépister, mais l'analyse des caractères intrinsèques de chacun des syndromes simulateurs qu'elle affecte démontrera presque toujours, d'une manière évidente, quelques unes de ces lacunes ou de ces contradictions, particulières aux états nerveux, qui permettront d'établir, en toute sûreté, le diagnostic différentiel vis-à-vis des types organiques, à moins d'associations hystéro-organiques.

D'ailleurs, dans la plupart des cas, où les symptômes, dans leur ensemble, laisseront quelques doutes, un traitement d'épreuve et les résultats,

parfois surprenants d'une thérapeutique qui ne s'adresse qu'à l'état psychique ou au dynamisme nerveux, viendront élucider le diagnostic hésitant ou même, quelquefois, corriger un diagnostic trop hâtif. Les différents types cliniques que nous avons analysés dans ce travail m'ont paru en fournir des preuves dont on pouvait faire ressortir des renseignements utiles.





---

## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

---

### Traitement du mal de Pott avec gibbosité.

---

Cette déformation a pour origine la destruction des vertèbres à laquelle s'ajoute une influence mécanique qui se traduit par l'ulcération réciproque des deux segments rachidiens pressés l'un contre l'autre. Au point de vue thérapeutique, le repos tend à ralentir le progrès d'un foyer tuberculeux, les moyens orthopédiques doivent supprimer la part de destruction souvent très grande qui est l'œuvre de l'ulcération compressive.

Donc deux grandes indications à remplir : chercher le repos du foyer tuberculeux, s'opposer à l'inflexion du rachis qui est la cause principale de l'ulcération compressive intersegmentaire, et il ne faut pas confondre le le mouvement d'inflexion avec la pression verticale suivant l'axe du rachis.

Dans le débicutus dorsal, la pression suivant l'axe du rachis qui est la tendance à l'inflexion, est supprimée ; dans la station verticale, le poids des parties supérieures est transmis au bassin par la partie malade, quelle que soit la perfection du corset. Le débicutus horizontal assure le repos, supprime l'influence de la pesanteur et s'oppose à l'inflexion ; le corset s'oppose à l'inflexion, immobilise le rachis, mais n'empêche pas la pression verticale suivant l'axe du rachis.

D'où deux méthodes de traitement, méthode de repos, méthode ambulatoire, qui semblent s'opposer l'une à l'autre ; en pratique il ne faut pas être exclusif, et comme le dit M. Ménard dans un travail remarquable (*Etude pratique sur le Mal de Pott* 1900), on empruntera à chacune une part plus ou moins importante selon des circonstances d'ordres divers.

**MÉTHODE DE REPOS.**—Elle consiste à tenir le malade couché horizontalement sur le dos, étendu sur un appareil, lit ou gouttière, servant à le transporter ; on le fixe dans cette attitude à l'aide de moyens variés ; on pourra aussi le transporter au grand air, car il ne doit pas rester à la chambre.

Les indications de cette méthode sont nombreux ; elle s'impose dans les formes douloureuses observées surtout chez l'adulte et dans lesquelles la marche est intolérable ; le débicutus horizontal soulage bien ces malades.

D'après Ménard, la présence d'un abcès constitue une indication formelle d'appliquer rigoureusement la méthode de repos ; la marche, en effet, est une cause évidente de l'accroissement des abcès qui s'ouvrent plus vite à l'extérieur. Pour espérer la résorption spontanée le malade doit être placé dans le décubitus horizontal.

Chez les malades pâles, amaigris, fatigués, le repos dans le décubitus amène un changement rapide de l'état général, qui s'améliore sensiblement. Les menaces de paraplégie, la paraplégie constituée sont encore justiciables de la méthode de repos.

A côté de ces indications qui ne sont pas discutables, il en est de relatives.

Au début, par exemple, lorsque la déformation est peu sensible, les symptômes fonctionnels légers, doit-on soumettre le malade au repos ? Pour Ménard rien ne vaut le décubitus horizontal qui assure le repos du foyer, et peut en atténuer par suite la virulence en même temps qu'il réalise les deux conditions essentielles de l'orthopédie : suppression de la pesanteur et de la tendance à l'inflexion.

Plus tard lorsque la gibbosité est très accentuée et menace encore de s'accroître, le repos couché paraît encore préférable à la méthode ambulatoire, il favorise aussi bien qu'au début, l'arrêt de la lésion.

La méthode de repos doit être maintenue jusqu'à réparation du rachis, c'est à dire que le malade restera couché aussi longtemps que l'on aura une raison de croire à la non consolidation, et celle-ci n'est acquise que dans le courant de la troisième année. Cette longue durée du traitement est souvent un obstacle à son acceptation, on devra faire tout le possible pour s'imposer.

En outre cette méthode a quelques inconvénients : on peut voir survenir des troubles digestifs ou circulatoires, un embonpoint excessif qui engageront à recourir au corset inamovible, au corset plâtré surtout.

Lorsqu'on met au repos un malade anciennement atteint et chez lequel survient tardivement une paraplégie ou plutôt un abcès, c'est le symptôme même qui réglera la durée du repos.

Il faut revenir à l'attitude couchée lorsqu'on constate cliniquement les symptômes d'une poussée tuberculeuse nouvelle du côté du rachis dans le voisinage ou à distance d'une ancienne gibbosité.

Les appareils de la méthode de repos ont beaucoup varié suivant les chirurgiens ; les principaux sont la gouttière de Bonnet, le lit de repos de Lannelongue, le lit de Ménard.

Quelle qu'elle soit la variété d'appareil que l'on préfère, la méthode de repos est réalisée par le décubitus dorsal sur un plan horizontal avec une immobilisation non pas rigoureuse, mais suffisante. En maintenant rigoureusement le malade étendu sur un plan horizontal, on se propose de supprimer la fonction propre du rachis ; le décubitus horizontal donne ce résultat en procurant le repos fonctionnel, en faisant disparaître les contractures. Grâce au repos, la raideur se localise davantage sur la partie atteinte du rachis, la souplesse revient sur les deux segments supérieur et inférieur.

Les deux conditions principales : repos, suppression de l'influence et de la pesanteur, enlèvent les causes les plus évidentes de l'irritation du foyer, irritation inflammatoire.

La position horizontale sur un plan ne réalise pas complètement les conditions mécaniques cherchées. Ménard modifie la forme du plan de soutien par une cale placée sous le matelas en un lieu convenable, au niveau de la gibbosité commençante, dans les lombes, par exemple. Le but cherché, et obtenu, est de rétablir, d'exagérer même la lordose normale, non pas qu'on défléchisse les deux segments dans le foyer de destruction, qu'on les écarte l'un de l'autre. En exagérant l'extension des deux segments rachidiens supérieur et inférieur dans le voisinage du point malade, on remplit d'une manière plus complète l'indication posée, supprimer la cause de l'ulcération compressive.

Lorsque la gibbosité siège à la partie supérieure du dos ou à la région cervicale, un appareil complémentaire devient nécessaire ; la position couchée doit être complétée par une gouttière plâtrée qui se moule sur la face postérieure du dos, du cou, de la tête. Lannelongue conseille, au lieu de la gouttière plâtrée, l'extension continue appliquée sur la tête, mais cette pratique est d'une application difficile.

**MÉTHODE AMBULATOIRE.**—Cette méthode permet à nombre de malades de jouir de l'air et du soleil alors qu'ils en seraient privés s'ils ne marchaient. Malheureusement, en effet, la méthode de repos n'est pas applicable à tous les malades et c'est alors qu'on a recours aux appareils orthopédiques, qui, s'ils remplissent moins bien les conditions mécaniques du traitement, permettent aux malades de ne pas rester confinés ; aussi peut-on suivant l'exemple de M Ménard, appliquer un corset chez les malades dont l'affection se présente sous une forme simple, sans douleurs, sans abcès, sans menace de paraplégie.

Les corsets conviennent bien aux malades offrant une taille mince et allongée, ils conviennent peu aux malades gras, ils doivent être rejetés pour

ceux qui sont à la fois gras et courts. De même une grosse difformité qui raccourcit le buste, qui a déformé le thorax, diminué son élasticité, rend aussi la confection et l'usage du corset plus difficiles et moins efficaces.

Les meilleurs corsets sont les corsets plâtrés : les corsets amovibles, qu'on ôte et qu'on remet à volonté, sont d'un fort médiocre usage ; on doit réserver à la période tardive de convalescence, les appareils autres que le corset plâtré inamovible.

Le corset de Sayre est le plus employé, c'est un excellent appareil à condition qu'il soit fait suivant les règles précises, qu'il ait une étendue suffisante.

Quel est l'action du corset dans le mal de Pott ? Il doit maintenir le rachis dans une attitude de lordose, dans le but d'agir sur les parties saines au dessus et au-dessous du foyer qui est respecté. On cherche à réaliser une lordose sus et sous-gibbeuse.

L'effort justement proportionné n'écartera pas les extrémités segmentaires ; elles resteront en rapport, mais la compression qu'elles exercent l'une sur l'autre du fait de l'inflexion est supprimée. L'ulcération compressive cessera de progresser. Le corset réalise en partie ces conditions, mais pas d'une façon idéale.

En somme le corset doit maintenir le malade dans une attitude telle que l'inflexion soit corrigée à distance de la gibbosité par la lordose compensatrice. Il hâte l'apparition de cette lordose et la maintient. Par ce mécanisme il peut empêcher l'ulcération compressive intersegmentaire.

Il reporte en arrière, vers le rachis postérieur, la transmission du poids des parties supérieures, mais il n'empêche pas cette transmission. Le rachis a pu changer de direction, il conserve son rôle de soutien.

On ne doit condamner ni préconiser exclusivement aucune des deux méthodes ; chacune d'elles a ses indications de choix ou de nécessité.

Si aucune circonstance étrangère ne vient modifier la direction rationnelle du traitement, la méthode de repos doit être préférée pendant toute la période active de la maladie ; les corsets plâtrés, puis les corsets en cuir moulé, en silicate de potasse, en feutre, prennent place à la période de convalescence, selon que l'on permet au malade des mouvements dans la position horizontale, puis la marche.

Un mal de Pott lombaire ou lombo dorsal, traité par la méthode du repos, guérit presque constamment avec un résultat excellent. La gibbosité n'augmente pas ou augmente peu, elle ne devient pas choquante. De plus,

l'apparition des abcès est peu fréquente, exceptionnelle chez les enfants soumis depuis le début de la maladie à l'attitude couchée.

Toutes les fois que la méthode de repos n'est pas appliquée dans les meilleures conditions ou qu'elle occasionne des symptômes défavorables à la santé générale, on doit recourir à la méthode des corsets, qui, en général, est plus facilement acceptée par le malade et sa famille.

La région la plus favorable au corset est le cou. La marche devra être interrompue de temps en temps pour atténuer les inconvénients de l'attitude verticale. Il en sera de même pour les malades qui après la période de repos commencent à marcher avec un appareil. Cette méthode mixte, association du demi-repos avec le corset convient aux malades porteurs d'une bosse déjà fortement accusée, mais loin de la guérison. Mais la marche avec un appareil sera abandonnée dès que surviennent les complications, abcès ou menace d'abcès, douleurs rachidiennes ou irradiées, paraplégie ou menace de paraplégie.

L'usage prolongé du corset peut avoir des inconvénients, en particulier l'atrophie musculaire, aussi est-il utile d'interrompre parfois l'usage du corset et de lui substituer pour quelques semaines le décubitus dorsal avec les précautions convenables.

Quant au redressement de la gibbosité pottique, c'est, comme le dit M. Ménard, une méthode qui a joui d'une renommée bruyante et qui est déjà retournée à l'oubli.

Le traitement général, dont le but est de rétablir les avantages de la lutte en faveur de l'organisme a une importance considérable. Ses moyens sont tirés de la thérapeutique médicamenteuse et de l'hygiène.

Le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, sont à peu près les seuls médicaments possédant quelque efficacité.

Les moyens de traitement dérivant de l'hygiène constituent la partie essentielle du traitement général ; ce sont, l'alimentation, le séjour à la campagne et surtout à la mer. — J.-H. M.

*Journal des Praticiens.*

---

### La douleur des génitales.

par le docteur L. LÉON ARCHAMBAULT.

Sans aborder de trop près l'étude des causes finales, et sans établir comme vérité, que, dans la nature, tout est placé dans un but bien défini (ce qui pourrait se discuter), on peut dire qu'en ce qui concerne la pathologie, tout symptôme est de quelque utilité pour le malade et pour l'observateur. C'est la toux, par exemple, qui permet au malade de vider ses bronches,—la sensation d'envie d'uriner ou d'aller à la selle, qui prévient l'organisme de la nécessité d'une fonction qui, sans cela, serait peut être reculée indéfiniment,—c'est la fièvre qui n'est peut-être,—cela n'est pas encore prouvé—qu'un effort de l'organisme peut détruire les bactéries pathogènes ; — c'est, dans certains cas, une hémorrhagie, qui vient soustraire à un congestif le trop-plein de sa circulation, etc.

On pourrait dire aussi que la douleur a aussi son utilité,—utilité plutôt contestée par les malades, il est vrai,—mais qui n'est pas moins d'un secours très précieux. C'est, en effet, une sentinelle vigilante, qui met l'homme en éveil lors de l'envahissement du processus morbide, fait qu'il s'inquiète et qu'il peut y parer. C'est à ce point que, dans notre pratique, nous redoutons sa disparition dans les affections graves où on la voit d'ordinaire, parce qu'elle indique souvent une abolition des reflexes, une disparition du *sensorium*.

\*\*\*

Il eût été étonnant de ne pas voir la douleur se montrer à un degré élevé dans les affections de la femme, et cela pour deux raisons : d'abord parce qu'il s'agit d'organismes plus délicats, dont la sensibilité est vive, ensuite parce que les organes génitaux de la femme sont remarquablement innervés.

Les nerfs des organes génitaux proviennent du plexus solaire hypogastrique et lombo-aortique, et ils sont rattachés au grand sympathique. Il y a là un champ d'action des reflexes très grand, et nous avons l'explication de l'intensité de la douleur même, en même temps que nous sommes éclairés sur les faits d'inhibition qui s'y rapportent. Nous savons, en effet, les phénomènes syncopaux, quelquefois graves, que peut donner une dilatation trop brusque du col, les phénomènes de collapsus et de péritonisme

que manifeste quelquefois une dysménorrhée qui n'a rien de grave en elle-même, les phénomènes de toutes sortes des débuts de la grossesse ; et n'a-t-on pas observé quelquefois la mort subite à la suite d'une injection intratérine caustique, et mal faite ?

La douleur est donc un symptôme de premier ordre, dans les affections des organes génitaux, et elle existe sous ses deux formes, la douleur physique souvent très vive,—et la douleur morale, qui rend les femmes déprimées et hypémaniaques, ou, au contraire, agitées et inquiètes, et qui, à la longue, en fait des névropathes. Et le côté curieux de ce symptôme, c'est qu'il n'est pas proportionné à l'effet. Il est bien certain que la douleur n'est pas la même chez les individus. cela dépend des circonstances, des tempéraments, des latitudes peut être.....Il y a une grande différence selon la culture intellectuelle, la vie sociale de l'individu, et, toutes choses égales, une parisienne souffre plus qu'une femme des champs. On souffre, non pas avec sa lésion, mais avec son cerveau, et ce fait est bien prouvé par le peu de souffrances que ressentent les blessés pendant le combat. Les aliénés sont peu sensibles. On raconte partout le cas de ce malheureux qui s'amusa à écraser ses orteils entre deux pierres ; j'ai eu personnellement à soigner un dément que l'on avait trouvé *endormi* le coude dans son feu. Il est mort de ses brûlures, d'ailleurs !

Eh bien ! Ces différences individuelles se rencontrent au premier chef dans les génitopathies féminines, et on pourrait presque dire que le malade qui *expose* une femme atteinte d'affection génitale est quelquefois en raison inverse de la lésion qu'elle présente.

La malade qui est atteinte d'une genitalite grave se plaint, mais en termes modérés ; elle vient même quelquefois consulter pour tout autre chose, pour un manque de forces par exemple (cancer), ou pour une pesanteur vive dans le bas ventre (pelvi-péritonite de moyenne intensité) ou parce qu'elle a un écoulement abondant (salpingite). C'est alors en précisant l'interrogatoire qu'on vient à lui faire dire qu'elle souffre, et si on palpe, si on touche, on lui arrache un cri de douleur.

Au contraire, une femme qui a de petites lésions, une salpingite ancienne, un rein mobile, un ovaire scléro kystique.....expose ses souffrances avec un luxe de descriptions qui ne trompe pas. Elle se présente avec un volume d'ordonnances, a essayé tous les traitements sans succès et cependant a confiance en tous, et si sa figure exprime la douleur et même l'angoisse, l'examen local ne donne pas de résultats.

On peut se demander pourquoi cette différence est si tranchée, pourquoi il y a une inégalité si marquée, souvent, entre la douleur exprimée et la lésion perçue.

Parce que, dans les grosses lésions, les reflexes sont affaiblis ; ainsi la douleur des grands traumatismes n'est pas bien plus grande que celle des petits ; on souffre plus dans les brûlures du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> degré que dans les brûlures graves, et un dyspeptique se plaint beaucoup plus qu'un cancéreux de l'estomac.

Mais ce n'est pas une explication, et je ne demande pas s'il ne faut pas chercher la douleur *modérée* qu'accusent quelquefois les génitales graves, dans ce fait qu'il y a en même temps qu'une lésion grave, des troubles de nutrition des organes génitaux, c'est à dire des troubles vaso-moteurs. La fonction cataméniale se fait en effet mal chez ces femmes, parce que la fonction vaso-motrice s'accomplit mal. Et alors les plexus nerveux réagissent mal. Ce n'est pas un symptôme commun aux génitalites, car on sait que si les terminaisons nerveuses réagissent beaucoup dans la pleurésie du début, elles sont abolies dans des épanchements souvent volumineux !

Peut être aussi, se produit il des phénomènes de résorption, de toxémie. Ces génitales graves ont des *facies* spéciaux qui indiquent un état défectueux de l'organisme : elles s'intoxiquent et, par ce fait même, réagissent moins. Bref, le fait est connu, et nous en sommes fréquemment les témoins dans les hôpitaux où nous voyons des malades qui viennent à pied avec de la *pelvi péritonite*. Je me rappelle une jeune fille qui présentait de la cellulite pelvienne et se disait vierge ! et j'ai actuellement une malade qui, depuis six mois, promène avec un métier dur, une hématocele qui se résorbe mal.

Et puis ! Il faut bien le dire, chaque malade apporte sa façon d'exprimer ses sensations, et de même qu'il y a des gens qui expriment peu, et d'autres qui sont loquaces, de même il y a des femmes qui accusent des souffrances vives et d'autres modérées, parce qu'elles ont plus ou moins de sensibilité ou des sens plus ou moins délicats. Il y en a, de plus, qui aiment à décrire leur maladie avec un luxe assez grand d'expressions et d'autres qui se renferment dans le silence, de même que dans certains milieux sociaux, les cris, les gémissements sont monnaie courante, alors que dans d'autres le chagrin reste muet.

Quant aux plaintes injustifiées des névropathes, elles s'expliquent par le fait que ces malheureuses se suggestionnent, et qu'il faut un prétexte à



leur neurasthénie : elles en trouveraient un autre si elles ne l'avaient pas ; elles changent de *dada*, de maladies de temps en temps, comme le tiqueux change ses tics, mais sans cesser son habitude.

\* \* \*

Si on analyse la douleur dans les maladies de l'appareil génital de la femme, on voit qu'elle est ou *spontanée* ou *provoquée* : quelquefois, les deux états se trouvent réunis.

Elle est *spontanée* dans tout état aigu en général (métrite, salpingite, pelvi-péritonite...) et dans certains états chroniques, en particulier (néoplasmes, fibromes...etc.). C'est à-dire que la malade, même ne subissant pas d'examen, éprouve des douleurs souvent très vives. La marche en général les aggrave parce qu'elle imprime des secousses aux organes pelviens. La marche à pied donne moins de douleurs que les voitures, et surtout que l'omnibus et le chemin de fer : le tramway est mieux supporté. Le coït est en général peu toléré, et il peut être douloureux soit à l'introduction du pénétrant (vaginite), soit à cause du choc de l'utérus (métrite par baslistique) soit parce que l'organe copulateur vient buter contre le cul-de-sac postérieur, où se trouve un ovaire prolapsé.

La station debout même, est quelque fois mal supportée, lorsque l'appareil suspenseur de l'utérus et des annexes est défectueux ou lorsqu'il y a des douleurs de distension, ainsi que cela se passe dans une trompe gorgée de pus, ou lorsqu'un épanchement comprime les organes du petit bassin.

La malade, même quand elle est assise, peut souffrir, car la station sur un siège donne des phénomènes de congestion bien connus des hémorrhéïdaires : elle aura une action sur tout ce qui peut ressembler à un phénomène congestif ; on la voit en particulier dans les affections du cul-de sac de Douglas et dans l'allongement hypertrophique du col.

Le lit même, pour cette raison, exaspère la douleur chez les congestives, et il offre ceci de particulier, qu'il provoque la douleur (quelquefois) dans les maladies des annexes du côté opposé à l'affection, par le tiraillement qu'elle cause aux ligaments.

Mais la douleur peut être *provoquée* par l'examen du médecin, et les malades localisant leur mal beaucoup mieux que par la douleur spontanée, qui est vague, diffuse, imprécise.

Au toucher, le col est insensible, sauf chez les névropathes. Il peut cependant, à l'état pathologique être douloureux, dans les déchirures par exemple, mais ce sont surtout des douleurs correspondant à tout l'appareil

qu'il faut voir. L'utérus est sensible dans la métrite. Les annexes sont sensibles au premier chef, et c'est le cul-de-sac de Douglas, surtout, qui est la clef de l'examen gynécologique, pour les organes importants atteints et douloureux qu'on peut y toucher.

L'hystéromètre et l'examen en général est plus ou moins bien supporté chez les malades. Chez les unes, et c'est la généralité—il ne donne qu'une douleur très modérée. Chez d'autres c'est le point de départ de phénomènes réflexes, pâleur, nausées, vomissements, état syncopal.

Si l'on veut analyser la douleur, on notera qu'elle est quelquefois continue,—douleurs de la pelvi-péritonite, douleur de la dilatation, ou intermittente, douleurs des annexites avec leurs irradiations si pénibles, ou leurs coliques salpingiennes—; elle peut être lancinante, dans le phlegmon péri-utérin, la paramétrite...—elle peut se présenter sous forme de coliques qui en général, impliquent l'idée d'expulsion (polypes, métrites...).

On verra que son siège varie. En général les femmes ressentent toutes des douleurs de reins, dues au tiraillement des ligaments utéro-sacrés. Elles souffrent du ventre, au niveau du pubis dans les métrites, dans un côté ou dans les deux dans les annexites simples ou doubles. Dans ces dernières affections, il est rare qu'il n'y ait pas des irradiations dues à la compression ou à la névrite des nerfs voisins, irradiation dans les cuisses, (sciatique). S'il y a eu chute de l'utérus en avant, la vessie réagira et on aura de la dysurie, de la pollakiurie.

S'il y a eu au contraire une affection du cul-de-sac de Douglas, ou un prolapsus postérieur de l'utérus, nous aurons des symptômes du côté du rectum douleurs à la défécation, ténésme.

\* \* \*

Les névralgies peuvent exister dans l'appareil génital, et l'hystéralgie était admise comme entité morbide autrefois; on en revient un peu actuellement depuis qu'on s'est aperçu que ce qu'on prenait pour de la névralgie était souvent une affection inflammatoire. On la trouve toutefois à l'état complet dans certaines règles douloureuses. En effet, la *dysménorrhée* peut être un *dysménorrhée* d'excrétion, due à un certain degré de sténose du col ou à une flexion de l'organe, qui empêchait le sang de sortir avec facilité; il peut y avoir d'anciennes adhérences, de la périophorite, de l'ovarite scléro kystique, bridant l'ovaire lors de la congestion cataméniale, mais il y a de la *dysménorrhée* chez les névralgiques et chez les congestives, et chez ces dernières—l'élément vaso-moteur, c'est-à-dire nerveux—

joue un grand rôle. Il suffit d'avoir vu une fois un tel tableau pour ne pas l'oublier, et de temps en temps, dans la pratique, il nous est donné d'être le témoin de ces attaques brusques, à forme péritonitique, qui jettent les malheureuses exsangues sur une chaise, avec de la photophobie, une pâleur extrême, un état syncopal et du refroidissement des extrémités. Quelques heures se passent ainsi ou quelquefois la douleur cesse—momentanément—avec l'expulsion d'un caillot, et puis, quand la fonction cataménial se régularise, tout rentre dans l'ordre.

La *métrite* est douloureuse, surtout quand elle est aiguë, mais elle est plutôt gênante que douloureuse, avec des pesanteurs dans les lombes, dans les aines et dans les cuisses, avec sa sensation de "faiblesse dans le dos" spéciale, avec sa douleur illiaque gauche habituelle et sa douleur coccygienne fréquente.

Si nous abordons l'étude des *déviations*, nous trouvons, non pas la douleur, mais la gêne du côté de la vessie dans les autres déviations, sensation de tension, de pesanteur, de "vide dans le ventre" dans les prolapsus; dans l'inversion elle est soudaine—comme la cause qui l'a fait naître, et très vive.

Y a-t-il *sténose du col*, nous assistons à une douleur intermittente, pendant les règles, ou plutôt au début, au moment où le sang cherche à se frayer un passage; dans la *déchirure du col*, il y a des névralgies intenses, surtout quand on touche la déchirure, on réveille une douleur *exquise* comme quand on touche la pulpe dentaire avec un stylet.

Les tumeurs offrent des douleurs variables selon la nature de la tumeur et selon la date de l'évolution. Le fibrome est quelquefois douloureux au moment des contractions utérines. Il l'est surtout au moment des règles par distension de la tumeur. En général, il ne donne que des sensations de tiraillement et des symptômes de compression du côté des organes voisins. Les polypes qui ne sont que des fibrômes intra-utérins donnent lieu des symptômes d'expulsion.

La *cellulite pelvienne* donne une douleur très vive, diffuse, la douleur de la péritonite, elle paraît moins douloureuse, que la pelvi-péritonite, et il y a sur ce sujet des différences individuelles très grandes. Il en est de même de l'hématocèle, qui a ceci de particulier que la douleur est très vive, en coup de pistolet, avec symptômes alarmants de péritonisme; la douleur, en raison de la compression qui occasionne l'épanchement, s'accompagne souvent d'envies impérieuses d'uriner.

Le cancer est douloureux surtout dans la période terminale, au moment de l'envahissement du tissu péritutérial et des organes voisins.

Le *vagin* est souvent douloureux. Il est douloureux dans l'atrésie, parce qu'il y a accumulation du sang des menstrues et symptômes de surdistension. Il l'est aussi dans la vaginite, dans la folliculite, et surtout dans l'inflammation de la glande de Bartholin ; je ne parle pas du vaginisme qui est un état névropathique spécial où la douleur reprend tous ses droits.

Les affections de l'*ovaire* et de la *trompe* sont éminemment des affections douloureuses. L'ovarite et la salpingite aiguës au premier chef : l'ovarite chronique même avec son point sympathique dans la mamelle gauche (Hart)—l'ovarite kystique surtout sensible au moment des règles—le prolapsus de l'ovaire que le toucher et le coït rendent surtout douloureux. Quant à la salpingite elle fait souffrir toujours un peu et dans tous les cas, par le palper, par la marche, au moment du coït ; le froid même l'exaspère.

\* \* \*

Voilà donc esquissé la douleur des génitales. Ce qui domine, c'est d'abord l'apparition plus fréquente de la douleur dans les affections des annexes plutôt que dans les affections chroniques ; c'est enfin la diversité de ce symptôme : toutes les malades ne ressentent pas de la même façon, elles ont tous leur cachet propre.

Deux faits peuvent être mis en évidence : d'abord l'apparition fréquente de la douleur morale, quand il y a douleur physique—douleur et mélancolie vont ensemble.—Puis, et c'est là-dessus que nous voudrions insister—c'est l'inégalité de rapport qu'il y a entre la douleur *constatée* et la douleur *perçue*. Si la médecine pouvait se mettre en formules algébriques, on pourrait presque dire (avec un léger paradoxe), qu'elles sont en rapport inverse.

*Indépendance Médicale.*



## **L'Analgésie à la Cocaïne par la voie rachidienne.**

Par le DR ED. LAVAL.

Depuis le mois d'avril 1898, époque à laquelle Biel (de Kiel) eut le premier l'idée d'utiliser en chirurgie l'analgésie provoquée par l'injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire, trois années se sont déjà écoulées et cependant la méthode nouvelle est loin d'être universellement acceptée. Essayée un peu de tous côtés, elle a fourni en somme des résultats assez variables pour que des chirurgiens d'égale valeur se rencontrent parmi ses défenseurs les plus enthousiastes comme parmi ses détracteurs les plus ardents.

Nous ne reviendrons pas sur la technique opératoire de cette analgésie, technique si bien exposée par M. Tuffier dans son excellente monographie. Nous voulons seulement essayer d'établir, en regard des multiples avantages décernés à la méthode par ses admirateurs, le bilan des griefs que lui adressent ses adversaires. Peut-être cette étude comparative nous permettra-t-elle de nous former une opinion assez exacte sur la valeur réelle de ce nouveau mode d'analgésie.

### I

M. Tuffier, le promoteur de la méthode en France, à la suite d'une série de 252 opérations personnelles, concluait que l'analgésie limitée par injection intra-rachidienne de cocaïne est applicable dans tous les cas où l'anesthésie générale par le chloroforme et par l'éther est indiquée.

« Les injections produisent une analgésie complète de toute la portion sous-diaphragmatique du corps. La durée de cette analgésie est suffisamment longue pour permettre toutes les interventions quelles qu'elles soient, sur les régions qu'elle occupe. Je crois cependant qu'il ne faut appliquer cette méthode ni aux enfants, ni aux hystériques. Les cardiaques et les artério-scléreux n'ont rien à redouter... Enfin, en ce qui concerne les opérations intra-péritonéales, je ne conseille, pour le moment, de recourir à l'anesthésie médullaire qu'à ceux qui ont l'habitude de la chirurgie abdominale. »

Relativement aux inconvénients de la méthode, M. Tuffier ajoutait : « Les phénomènes qu'on observe au cours de l'analgésie, soit dans les heures

qui suivent, ne paraissent présenter aucune gravité et les sensations qu'elle provoque ne sont pas suffisamment pénibles pour abandonner ce genre d'analgésies... Sur mes 252 opérés, j'ai compté six décès—cinq n'ont rien à faire avec l'anesthésie cocaïnique—un des opérés a succombé dans la journée même de l'opération. Je suis convaincu que le mode d'anesthésie n'était pour rien dans l'issue fatale. »

Nous avons cité les termes mêmes du mémoire de M. Tuffier, car ils expriment avec précision les idées des défenseurs de la méthode. Mais la statistique invoquée n'était pas, semble-t-il, assez riche pour assurer les fondements d'une pratique. En effet des voies discordantes ne tardèrent pas à s'élever, et ça et là, dans la presse scientifique, dans les sociétés savantes se firent jour des critiques qui assombrirent rapidement le tableau enchanteur que nous venons d'avoir sous les yeux. Alors on vit des chirurgiens condamner la méthode parce qu'ils en avaient éprouvé quelques revers, ou même un seul insuccès pendant que d'autres la proclamaient haut parce qu'ils ne l'avaient jamais trouvée en défaut. Enfin—chose plus grave—des décès furent signalés au passif du procédé. Ces accidents devaient fixer l'attention et entraîner la discussion. Où en est actuellement la question, c'est ce que nous allons essayer d'établir.

## II

Tout d'abord étudions les critiques adressées à la méthode.

Afin de mettre de la clarté dans notre sujet, nous les rangerons sous plusieurs chefs :

- a) Inefficacité de la méthode ;
- b) Accidents immédiats ;
- c) Accidents consécutifs ;
- d) Décès.

A. *Inefficacité de la méthode.*— a) On peut avoir affaire à des *ponctions blanches* ; l'aiguille paraît avoir pénétré dans le canal rachidien, ce qu'on sent au ressaut qu'on perçoit en franchissant le ligament jaune, et pourtant rien ne sort pas la moindre goutte de liquide céphalo rachidien. M. Tuffier conseille, dans ces cas, d'attendre, de retirer légèrement l'aiguille en la retournant—de recourir à l'aspiration,—moyens pas toujours héroïques, puisque M. Julliard nous rapporte un cas dans lequel tous ces conseils ont été suivis en vain ; après avoir exécuté trois *ponctions blanches*, le malade s'énervant, cet auteur a dû recourir à l'éthérisation, M. Reclus raconte avoir « essayé deux fois cet affront. » Dans quelques cas c'est du

sang qui sort par l'aiguille. Si cet écoulement ne se tarit pas tout de suite il convient de retirer l'aiguille et de faire une ponction à côté.

b) L'injection est correcte : l'aiguille entrée, on a vu sourdre du liquide céphalo-rachidien. La solution de cocaïne—dont on est sûr—a été poussée *secundum artem* : *l'analgésie ne se produit pas*. Selon M. Tuffier, cela tiendrait à une idiosyncrasie du malade, qui serait réfractaire à la cocaïne. M. Julliard, à qui semblable échec est arrivé, ne saurait admettre cette explication, car il a fait, quelques jours après, au même malade, une injection de 0.01 cent. de cocaïne dans le gros orteil et il a obtenu un effet complet. Peut être faut-il chercher dans une action retardée du médicament l'explication du fait. M. Reclus cite une observation où l'analgésie ne survint qu'au bout d'une heure et demi, lorsque le patient avait été déjà reporté dans son lit et le chirurgien quitté l'hôpital.

Sur 150 opérations, M. Nélaton a observé cinq fois sur 57. Sur 49 cas, M. Schwartz en relève six. M. Bousquet (Clermont-Ferrand) en cite un cas, M. Dumont deux cas sur trois. Bien mieux, MM. Carrière et Vanverts ont observé un sujet chez lequel, malgré l'absence d'analgésie, ont subsisté pendant dix jours des phénomènes d'intoxication cocaïnique.

L'analgésie peut encore être incomplète, ainsi que MM. Mériel et Chamayou en relatent un cas chez une femme opérée d'hystérectomie vaginale.

Enfin, parfois l'analgésie est, sans qu'on en sache la raison, de trop courte durée pour permettre l'achèvement de l'opération commencée : elle a pu disparaître au bout de onze minutes.

**B. Accidents immédiats.**—Pendant l'analgésie, le malade peut présenter une série de troubles relativement légers, sinon préjudiciables à la bonne exécution de l'intervention. C'est la pâleur de la face, une sensation de malaise général, de l'anxiété, de l'accélération du pouls nécessitant des injections d'éther et de caféine, des nausées, des vomissements très gênants, surtout dans certaines interventions sur l'abdomen (laparotomie, anus artificiel) ou sur l'anus, parce que l'intestin est poussé au dehors ; de l'incontinence des gaz et des matières fécales, lesquelles sont susceptibles de souiller le champ opératoire (10 fois sur 89 cas [Reclus])

À côté de ces troubles, on peut assister à des accidents plus sérieux, à de véritables alertes, à ces « syncopes redoutables qui vieillissent le chirurgien ». M. Bousquet nous en rapporte un cas. Il s'agissait d'une femme atteinte d'une petite hernie crurale étranglée. Immédiatement après l'injection, la malade tombe dans un état syncopal, le pouls n'est plus perceptible, la respiration est très faible, on pratique la respiration artificielle pendant

qu'on fait à la malade deux injections d'éther et deux de caféine. Malgré cela le pouls devient de plus en plus faible, les battements du cœur ne sont point entendus. La respiration artificielle est continuée, d'énergiques frictions ramènent peu à peu la circulation ; enfin, après trois quarts d'heure la malade opérée, enveloppée de boules d'eau chaude, revient à elle et est prise d'une agitation telle qu'il faut lui mettre la camisole de force. Vers minuit, tout ce cortège cesse subitement, la malade tombe dans le coma et meurt à deux heures du matin.

M. Richard, à la suite de 50 rachicocainisations, a été tellement frappé de ces accidents qu'il renonce à l'emploi de la méthode, bien que ces à-coups n'aient été funestes chez aucun de ses opérés.

C. *Accidents consécutifs* — Ils sont assez fréquents et peuvent être rangés en trois groupes : nausées et vomissements, céphalée, fièvre.

a) Les *nausées et vomissements* qui se montrent dans environ le tiers des cas sont très pénibles pour les malades. Ils peuvent durer plusieurs jours, on en a noté le treizième jour. Parfois ils reparaissent au bout de quelques jours. (Ricard)

b) La *céphalée* est plus fréquente : elle apparaît dans la moitié des cas (Reclus). Chez deux malades de M. Nélaton, elle a duré une fois six jours, et l'autre huit.

M. Ricard a observé un cas de céphalée atroce qui n'a cédé qu'au bout de sept jours.

c) La *température* peut, après l'opération, monter à 39 ou 40°, mais cette hyperthermie disparaît généralement au bout de vingt-quatre heures et elle ne semble pas avoir de retentissement fâcheux sur l'état général.

Au même rang que ces accidents peuvent être mis les accidents prolongés comme M. Dandois en relate un exemple : neuf jours après une opération, apparaissent une paraplégie complète, des phénomènes cérébraux (délires, agitation), lesquels durent pendant un mois.

d) *Décès* — Ici nous touchons au plus grave reproche que l'on puisse adresser à une méthode d'anesthésie. M. Tuffier, nous l'avons vu, ne relève dans sa statistique aucun cas de mort attribuable, selon lui, à la rachicocainisation.

Or M. Reclus, dans son rapport à l'Académie de médecine, trouve que la méthode de Bier est grevée d'un lourd passif. Sa statistique établit qu'il existerait, à l'heure actuelle, six cas de mort très probablement dus à la cocaïne, sur moins de deux mille injections.



Ce sont les cas de : Tuffier (mort d'œdème aigu du poumon, quelques heures après l'intervention pour éventration), Heumberg (injection chez un homme qui ne tarde pas à tomber dans le coma et meurt quinze jours après avec une hémorragie de la queue de cheval), Duinont (tuberculeux qui meurt à la fin du deuxième jour après que sa température montée à 40°, était redescendue à 35°), Goïlav (de Buckarest) (malade mort vingt heures après une amputation de jambe avec une température de 40°), Jonesco (cas analogue au précédent).

Bien que la réalité de la mort par la cocaïne soit contestée par les promoteurs de la méthode, il paraît vraisemblable que la cocaïne a pu intervenir dans l'issue fatale de la plupart de ces cas.

Le mécanisme de la mort paraît devoir s'expliquer par une action sur les centres bulbo-encéphaliques, d'où syncope cardio respiratoire. Les défenseurs de la méthode affirment bien que la cocaïne agit localement sur les rameaux nerveux, sans se diffuser le long de l'axe cérébro médullaire. Mais cette hypothèse n'est rien moins que démontrée, car il n'est pas rare de voir l'analgésie remonter bien au dessus du diaphragme. M. Snyers n'a-t-il pas pu pratiquer une amputation du sein par le procédé de Bier ? La glande était tout à fait insensible. D'ailleurs M. Tuffier a observé que cette anesthésie remonte parfois jusqu'aux aisselles, qu'elle a même pu gagner la face. Ces faits expliquent que, dans certains cas, le médicament pourrait atteindre les centres bulbaires, et, grâce à une idio syncrasie particulière, entraîner la mort par intoxication directe.

### III

Que conclure de toutes ces données ? Sans vouloir exagérer en rien la portée de certaines critiques, dont le grand défaut est de s'attacher trop au fait particulier, on ne saurait pourtant se défendre de l'impression suivante, à savoir que la diversité et l'inégalité des résultats obtenus par les auteurs, prouvent le défaut de maturité de la rachi cocaïnisation. Cette méthode est en pleine période expérimentale. Aussi serait-il prématuré de vouloir en ce moment donner, à son sujet, des conclusions fermes. Nous ajouterons, d'ailleurs, ce fait édifiant, que l'inventeur de la méthode, M. Bier, après avoir essayé sept fois, dont une fois sur lui même, est loin d'en recommander l'emploi.

Lorsque sera calmée l'ardeur des passions et qu'une nouvelle et abondante contribution de l'expérience aura accru le bagage scientifique de la rachi-cocaïnisation, alors il sera permis de régler définitivement la techni-

que d'une méthode encore hésitante, (à condition d'être sûr de la pureté du produit injecté, le chloroforme n'a-t-il pas donné lieu et ne donne-t-il pas lieu encore à des accidents, lorsqu'il est impur ? de faire la part des susceptibilités individuelles particulières à la cocaïne, enfin de délimiter le champ des indications ouvert au procédé nouveau. Nous nous permettrons, à ce sujet, d'appeler l'attention sur un facteur trop négligé, nous voulons parler de l'état conscient du sujet dans l'analgésie rachidienne. Ne convient-il pas de prévenir le patient de cette particularité avant d'obtenir son consentement ? Et puis, le consentement une fois accordée, a-t-on la certitude qu'à un moment donné le malade ne regrettera pas sa décision, qu'il ne demandera pas des explications embarrassantes, enfin qu'il ne s'énervera pas de la durée d'une opération plus longue que celle qu'on lui avait annoncée ? sans compter que telle réflexion échappée au chirurgien pendant l'intervention ne sera pas toujours faite pour le rassurer.

Bref, nous traversons une période d'attente pendant laquelle l'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne doit être employée avec grande circonspection. Elle ne s'adressera jamais aux enfants, ni aux hystériques, les uns à cause de leur indocilité, les autres en raison de leur nervosité qui les rend impressionnables, même à la simple sensation de contact. Quand il s'agira d'opérations simples et bien réglées, telles que : amputations, arthrotomies, hernies, incisions d'abcès périnéphrétiques, la méthode nouvelle semble pouvoir être utilisée à défaut de l'anesthésie générale, en ayant bien soin de ne jamais dépasser la dose de 0,010 à 0,015 milligr. de cocaïne. La prudence nous conseille de nous borner à ces quelques indications.

Quand à savoir ce que vaudra, dans l'avenir, la rachi cocaïnisation, il nous est impossible de préjuger. Nous pensons, cependant, qu'elle vaudra surtout comme méthode d'exception. Lorsque des troubles cardiaques, une appréhension particulière de la part du sujet interdiront l'usage du chloroforme ou de l'éther, le chirurgien pourra donner à son malade la satisfaction d'une insensibilisation limitée. Mais c'est particulièrement en chirurgie de guerre où le chloroforme et le temps pour chloroformer feront si inévitablement défaut, où l'aide fournie par le blessé conscient sera des plus précieuses, c'est surtout dans cette chirurgie spéciale que la méthode une fois améliorée pourra, selon nous, rendre de très grands services.

*Le Bulletin Médical (Paris)*

---

---

**L'administration du nitrite d'amyle contre les troubles consécutifs à la rachicocaïnisation.**

---

Parmi les troubles dus aux injections de cocaïne par la voie lombaire sont le vomissement, la céphalée persistante et l'élévation de température. M. A. Cordero, assistant du professeur Ceccherelli, semble avoir trouvé dans le nitrite d'amyle un moyen de prévenir ces troubles en opposant les propriétés vaso-dilatatrices de ce médicament à l'action vaso-constrictive de la cocaïne.

Voici comment il procède.

Il laisse tomber sur une compresse de gaze III à IV gouttes de nitrite d'amyle et il la fait respirer à l'opéré quelques minutes après la ponction lombaire suivie de l'injection de cocaïne.

On voit alors la face du malade rougir rapidement et ses pupilles se contracter. Pour maintenir ce léger état de congestion, il suffit de faire respirer de temps en temps quelques gouttes de nitrite. Si la congestion se fait trop vive, on ôte rapidement la compresse.

Dans 27 cas, M. Cordero a expérimenté ces inhalations à la suite de la rachicocaïnisation. Il n'a observé à la suite ni tremblements, ni sueurs froides, ni angoisses.

Sur 27 malades, 9 sont restés complètement apyrétiques; dans la majorité des cas, les malades ont eu pendant vingt-quatre heures, 37°5, 37°6. Dans 4 cas seulement on a noté de 38.05 à 39 degrés; encore ces élévations de température n'étaient-elles pas dues à la cocaïne mais à une infection quelconque.

Les inhalations furent bien supportées, la quantité de nitrite d'amyle employée varia entre quinze à vingt gouttes environ et ne causa aucun inconvénient. Dans quelques cas on a noté une très légère irritation des voies respiratoires supérieures.

Dans les observations citées, la quantité de cocaïne injectée fut de 6 à 9 milligrammes en solution à 0,5 p. 100. Les injections furent faites très lentement après évacuation d'une quantité de liquide égale à la quantité de solution à injecter. (*Gazette degli osp. e delic clin.*, 1900, n° 72.) L. G.

---

---

**Sur un nouveau signe précoce de la pneumonie infantile**

---

M. Weill vient, dans une communication à la Société des sciences médicales de Lyon, d'insister sur un signe qu'il a observé dans la pneumonie infantile d'une façon à peu près constante. C'est le *défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade*.

Après l'avoir recherché dans toutes les affections respiratoires, M. Weill est arrivé à la conviction qu'il n'existe que dans la pneumonie. Dans la pleurésie et le pneumo-thorax, l'expansion peut manquer du côté malade, mais elle embrasse tout le côté, qui est en rapport avec le siège de l'épanchement.

Elle fera défaut à la base ou, si l'épanchement est étendue, dans tout le côté malade. Au contraire, dans la pneumonie, le siège du défaut d'expansion est limité à la région sous-claviculaire, même et surtout quand la pneumonie siège à la base.

C'est un signe précoce, qui se montre dès les premiers jours et qui dure souvent au delà du terme même de la maladie.

La précocité de ce signe lui donne une très grande valeur, car il arrive souvent que les signes physiques font défaut jusqu'au cinquième, sixième et septième jour, dans cette forme que M. Weill a désignée sous le nom expressif de *pneumonie-centrifuge*.

On sait qu'au début on peut penser, dans les cas de pneumonie infantile, à toutes sortes d'affections.

M. Weill a pu, grâce à ce signe, affirmer d'emblée la pneumonie dans des états qualifiés d'appendicite, de méningite, de fièvre typhoïde, de grippe.

Ce signe est d'une constatation facile. Il suffit de découvrir le malade placé dans la position dorsale, d'attendre que l'agitation qui accompagne les premiers moments de l'examen soit passée, que la respiration se soit régularisée pour apprécier la différence d'expansion des deux côtés.

Il ne faut pas confondre le soulèvement par en haut de la clavicule avec l'expansion. En plaçant la face palmaire des doigts alternativement des deux côtés, on voit très bien que du côté sain la main est soulevée comme par une vague, tandis que du côté malade la main est entraînée de bas en haut comme par un courant.

### **Du sulfonal contre les sueurs nocturnes des phthisiques.**

Les sueurs nocturnes, chez les tuberculeux, sont à la fois une cause d'insomnie et d'épuisement rapide. Par la transpiration, il se fait une élimination abondante de matières organiques et salines : chlorure de sodium, a huminoïdes et graisses. Cette déperdition les conduit rapidement à la cachexie, aussi doit-on intervenir contre ce symptôme par des médicaments appropriés ; l'acide camphorique, le tellurate de soude, l'agaric, et surtout l'atropine sont de précieux antisudorifiques. Ils tarissent ou diminuent tout au moins, la transpiration ; mais ils n'ont pas de propriétés soporifiques, et l'insomnie, entretenue par la toux et les mucosités qui encombrant les bronches, n'est pas modifiée. Existe-t-il un remède qui soit à la fois hypnotique et antisudoral ? Le sulfonal, qui a des propriétés hypnotiques incontestables, a été expérimenté dans ce but et voici les résultats obtenus par les autres : utile à toutes les périodes de la tuberculose, il est particulièrement indiqué pour combattre les sueurs qui surviennent aux deux premières périodes.

A la dose de 1 à 2 grammes, chaque soir et administré vers huit ou neuf heures, le sulfonal a donné de bons résultats. Chez plusieurs malades, les sueurs ont disparu complètement après deux ou trois doses ; chez d'autres, la transpiration s'est localisée à une partie du corps, de préférence à la tête ; chez d'autres enfin, les sueurs ont cessé, mais les tuberculeux ont conservé néanmoins une certaine moiteur de la peau. En somme, aux deux premières périodes de la tuberculose, on obtient toujours une diminution notable de la sudation, et dans quelques cas, sa disparition complète.

L'action du sulfonal s'épuise vite ; un malade chez lequel la transpiration avait disparu, vit reparaitre les sueurs après cinq jours de traitement (un gramme chaque soir), et celles-ci se localisèrent à la tête.

Dans la plupart des cas, le sulfonal agit encore pendant quelques jours après qu'on a cessé de l'administrer (quatre jours chez un malade.)

Le sulfonal donne rarement lieu à des accidents ; dans un cas cependant chez une malade neurasthénique et nerveuse, on constata des douleurs de tête et des bourdonnements d'oreille qui disparurent, d'ailleurs, aussitôt après la suppression du médicament.

Son action anti-sudorale est nulle chez les malades arrivés à la troisième période de la tuberculose. Mais son action hypnotique se manifeste

et les tuberculeux auxquels le sulfonal procure un sommeil moins troublé et plus réparateur, en ont retiré quelque profit.

L'accoutumance est obtenue après un usage prolongé au delà de quinze jours.

“ *La clinique.* ”

---

SOLUTION ODONTALGIQUE

Phenol neigeux.....	} à à ½ drachme.
Teinture d'iode.....	
Chlorydrate de cocaïne.....	
Chloral.....	
Guaiacol.....	

Triturez au mortier. On obtient ainsi un liquide pâteux facile à employer et qui possède à la fois une action caustique et analgésique. On peut augmenter le pouvoir caustique en augmentant la proportion du phenol.

(*Rev. Int. de Méd. et de Chir.*)



---

# BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

---

---

QUÉBEC, JUILLET 1901.

---

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

---

### La réunion du Bureau.

---

La dernière assemblée du Bureau des gouverneurs élus en 1898 a eu lieu le trois courant à l'Université Laval de Montréal ; nous n'en dirons que quelques mots car le procès verbal, qui sera bientôt distribué, renseignera plus exactement sur les volumineux rapports soumis par les différents rapporteurs.

A noter d'abord la formule de serment rédigée par le secrétaire, Monsieur le docteur Boulet, et destinée à rendre de grands services aux porteurs de degrés universitaires en les délivrant de l'obligation de venir à Québec ou Montréal car ils pourront se faire assermenter devant un juge de paix, ce qui leur évitera des frais de voyage toujours pénibles pour la bourse d'un bachelier.

Le rapport de l'examen préliminaire ne démontre pas que les candidats qui s'y sont présentés soient des sujets bien brillants ; mais l'examen du doctorat a été beaucoup plus satisfaisant que d'habitude car la plupart des candidats ont passé, quelques uns avec distinction.

Dan l'intervalle des deux dernières assemblées du Bureau il a été envoyé aux Supérieurs des Maisons d'éducation, aux Gouverneurs du Collège et autres personnes des circulaires explicatives mentionnant clairement les conditions à remplir pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine ; ces circulaires rendront de grands services aux intéressés en leur épargnant des écritures multiples et même des voyages dispendieux.

Le comité chargé de la révision du programme des études préparatoires et du mode d'admission à l'étude de la médecine a fait de bonne besogne ;

qu'il nous permette de lui faire remarquer que les études classiques n'occupent pas, dans le nouveau programme, la place à laquelle elles ont droit. Il est bon d'être familier avec la zoologie, mais il faut aussi rendre aux langues anciennes ce qui leur est dû : et surtout comme ce ne sont pas des machines médicales mais des hommes qui devront sortir de l'école de médecine, il est important de placer à son rang la science des sciences, qui est la philosophie.

Monsieur le Dr Marsolais rend compte des travaux ardu qu'il a dû s'imposer pour mettre en ordre les registres du Bureau ; il explique que le nombre des médecins actuels paraît moins grand qu'il y a trois ans parce que lorsqu'il commença sa besogne, la liste contenait plusieurs centaines de noms d'hommes décédés ou partis pour des lieux inconnus. Le registre de cette année, quoique supérieur à celui de l'année dernière, n'est pas encore parfait, mais celui de l'année à venir le sera ou à peu près.

Par le rapport du trésorier où chaque recette et chaque dépense sont inscrites clairement, il appert que la balance en caisse est de \$5,689.61 dont \$600.00 en dépôt pour les procès actuellement pendant en cour de justice. C'est un bon résultat, surtout si l'on considère que durant ces dernières années le Bureau a été obligé de faire des dépenses qui ne se renouveleront pas à l'avenir ; ainsi la mise en ordre des livres et le règlement au sujet de la bibliothèque ont coûté \$1872.00, ce qui, ajouté au montant ci-dessus ferait un total de \$7561.00 en outre des cinq actions de la Banque de Montréal qui valent au bas mot \$2,500.00.

Dans son rapport, l'aviseur légal du Bureau, Monsieur H. Gervais, émet l'opinion que la loi médicale est trop imparfaite pour protéger efficacement les membres du Collège devant les cours de justice. C'est bien l'avis de tous les médecins, mais malheureusement il n'est pas facile d'améliorer cette loi car pour réussir au Parlement il faudrait commencer par soustraire Messieurs les législateurs à l'influence des charlatans de leurs comtés, tous gens précieux en temps d'élection.

Monsieur le président soumet à l'assemblée des considérations générales sur l'administration du Collège durant les trois dernières années. Il dit, en résumé, que le Collège a fait honneur à ses engagements et racheté ses promesses en faisant réviser les livres avec un système de comptabilité absolument facile et précis ; en établissant l'élection au scrutin et par district ; en abandonnant l'affaire de la bibliothèque médicale, etc.

Par une majorité considérable les membres du Bureau ont approuvé la conduite de leurs officiers à propos des actions en *mandamus* actuelle-



ment en cour contre le Collège. On peut dire que les gouverneurs sont unanimes dans leurs sentiments à l'égard des irréguliers ; mais quelques uns d'entre eux étant d'opinion que le Collège court des risques de perdre les causes actuellement pendantes, ont été d'avis qu'au point de vue pécuniaire, il valait mieux faire un compromis. Les deux tiers des membres du Bureau se sont énergiquement opposés à ce mode d'agir et ont voté en conséquence.

Enfin on a procédé à la nomination de la plupart des officiers rapporteurs auxquels sera accordé un honoraire de dix dollars.

A l'occasion du surcroît d'ouvrage causé par la révision des listes et les élections, il a été proposé par M. le Dr Normand et résolu que le Régistrateur reçoive un bonus de cent dollars.

Après les votes de remerciements d'usage, les gouverneurs se sont séparés ; les inamovibles se disant au revoir et les autres se disposant à jeter leurs manteaux sur les épaules des successeurs que l'élection de septembre leur donnera.



## Rapports des Sociétés de District.

### Société Médicale du Comté de Portneuf

Les membres de la Société Médicale du Comté de Portneuf se sont réunis pour la troisième fois, mardi le 25 Juin, à la résidence de M. le Dr Thos. Savary à Ste Jeanne de Neuville.

La séance s'ouvre à 4 hrs P. M. sous la présidence de M. le Dr Auguste Weilbrenner.

La lecture du procès-verbal de la dernière séance est faite, mise aux voix et acceptée.

Le Secrétaire fait part à l'assemblée de la lettre qui suit :

Deschambault, 31 Mars 1901

M. George Paquin, Médecin.

Cher Confrère,

Mes remerciements pour l'honneur que vous m'avez fait, de me nommer *Président Honoraire* de votre Société.

Félicitations et succès dans votre nouvelle association. Veuillez s'il vous plaît faire part de mes remerciements à tous les confrères de la Société.

Votre dévoué,

F. X. Mayrand M. D,  
Par ordre, E. M.

Cette lettre de remerciements et de bons souhaits de la part du doyen des Médecins Canadiens-Français de la Province de Québec, est insérée au procès-verbal d'après le désir des membres présents à cette troisième réunion.

Comme MM. les Docteurs P. Dolbec et Arthur Delisle, les deux conférenciers nommés à la dernière séance, sont malheureusement absents, étant retenus par les devoirs de leur profession, il est décidé que le Secrétaire devra écrire aux deux confrères les priant de vouloir donner lecture de leurs travaux à la prochaine séance au mois de Septembre.

Le reste de la séance est consacré à l'étude du nouveau tarif de la Société.

Cette question d'importance capitale ainsi que les questions d'*étiquette médicale* donnent à chaque membre présent, l'occasion et le loisir de faire une foule de remarques judicieuses qui une fois adoptées et mises en pratique feront cesser bien des abus, donneront satisfaction générale et par là-même contribueront à promouvoir le bien de la Société et du public.

Le Dr Thos. Savary propose que le Dr A. Marcotte, de St Basile, soit nommé membre de la Société.

Adopté aux applaudissements de toute l'assemblée.

Sur les propositions du Dr Rousseau, de St Casimir, il est décidé à l'unanimité que :

1° Un comité de trois membres soit choisi pour rédiger et mettre en ordre les différentes choses du tarif qui a fait le sujet des délibérations de la Société depuis sa première réunion ;

2° Qu'une copie imprimée en soit envoyée à chaque médecin du Comté avec invitation à chaque confrère de répondre au Secrétaire, avant la prochaine réunion, si ce tarif est accepté, ou sinon, quelles sont les objections et les raisons de son abstention, ou encore quelles remarques, quels changements il désire y apporter.

3° Que la plus grande déférence, que l'attention la plus judicieuse sera apportée à toutes remarques, objections, modifications faites par les Confrères qui n'ont pas encore eu le loisir de suivre nos délibérations.

4° Qu'enfin, cette question de tarif et celle d'*étiquette médicale* soient du consentement de tous définitivement réglées à une assemblée plénière qui sera tenue à Deschambault, au mois de Septembre prochain.

M. le Dr Rousseau propose que le Dr S. G. Paquin, de Portneuf, Thos. Savary, du Pont Rouge et A. Marcotte, de St Basile soient choisis pour former le comité de rédaction. Adopté.

Proposé par le Dr A. Marcotte secondé par le Dr Dufresne que quinze jours avant la réunion du mois de Septembre le Secrétaire adresse à tous les médecins du Comté, une lettre spéciale leur demandant de répondre dans les quinze jours s'ils assisteront à l'assemblée du mois de Septembre et si, pour quelle que raison que ce soit n'y pouvant pas y assister, ils acceptent les décisions qui seront faites à cette assemblée. Adopté.

Proposé par le Dr Dufresne et adopté aux applaudissements de tous que la prochaine réunion ait lieu à Deschambault chez le Dr Dufresne le 25 Septembre prochain.

La séance s'est terminée à 7½ hrs

"The last but not the least"

M. et Mme Dr Savary rivalisant de zèle et d'amabilité, convient tous les membres présents à un délicieux banquet. Enfin cette belle réunion s'est terminée par une agréable soirée de chant et de musique et d'une foule d'histoires désopilantes bien propres à dérider les figures les plus austères.

Dr S. Geo. Paquin

*Sec Trésorier*

---

## Association Médicale du district de Trois Rivières

---

*Monsieur le Docteur,*

Nous avons l'honneur de vous apprendre que "l'Association Médicale du District de Trois Rivières," a été régulièrement fondée le 29 Mai dernier 1901.

Le but de cette Association est de s'occuper des intérêts professionnels dans notre District, de resserrer les liens de confraternité et de donner de l'émulation dans les Etudes Médicales.

Il y aura réunion mensuelle et tous les membres seront avertis à l'avance, par carte postale.

Tous les Médecins du District, sont appelés à faire partie de l'Association. Environ 50 médecins ont déjà promis leurs concours.

Il suffit pour devenir membre de donner son nom, accompagné d'une remise de deux dollars, à Monsieur le Trésorier, le Dr J. H. Leduc, Trois-Rivières. A chaque réunion il y aura des travaux originaux présentés par les Médecins.

On s'occupera de la création d'un tarif pour les médecins du district, etc, Le 29 Mai dernier, l'élection des Officiers pour l'année courante, a donné le résultat suivant :

Président Honoraire.....	Dr G. B. Desaulniers, Nicolet
Vice Président Honoraire.,.....	Dr P. A. Grenier, St Maurice
Président Actif.....	Dr L. P. Normand Trois-Rivières.
1er Vice-Président Actif,.....	Dr H. Marchand, Champlain.
2ème " " " .....	Dr H. Trudel, St Grégoire.

Secrétaire.....	Dr C. E. Darche, Trois Rivières.
Assistant Secrétaire.....	Dr C. N DeBlois, “
Trésorier.....	Dr J. H. Leduc “

Les Comités se composent des officiers ci dessus et en outre :

#### LE COMITÉ DE DIRECTION

De MM. les Drs. L. P. Fiset, M. P. P. Shawenegan. E. F. Panneton, Trois-Rivières. L. A. Plante, Louiseville. H. Désilets, Bécancourt.

#### LE COMITÉ D'ÉTUDES ET D'ORGANISATION

De MM. les Drs. M. E. Gervais. Nap Lambert. Geo. Bourgeois, Trois-Rivières. Wilbrod Ferron, St Paulin. Léopold Désilets, Nicolet.

A une réunion du Comité d'Organisation tenue le 13 Juin ult., il a été décidé que la prochaine réunion ait lieu le 27 Juin courant, à 8 heures du soir, à la Salle des Sociétés de Bienfaisance, coin des rues Bonaventure et St Joseph.

Dr L. P. Normand,  
Président.

Dr C. E. Darche,  
Secrétaire.

Trois-Rivières, 18 Juin 1901.

---

### **La Société Médicale de Montmagny.**

A la suggestion de quelques confrères, les médecins du district de Montmagny se sont réunis, le 23 du courant, au palais de justice en cette ville.

Depuis longtemps, les médecins regrettaient de ne pas avoir l'occasion de se rencontrer afin de parler médecine et de sauvegarder leurs intérêts. Pour arriver à ce résultat, le meilleur moyen était d'établir une société médicale. Aujourd'hui, cette société existe et porte le nom de : Société médicale du district de Montmagny. L'élection des officiers a donné le résultat suivant : Président honoraire, Dr Théberge, de Montmagny ; vice-président honoraire. Dr Dion, sr, de l'Islet , président actif, Dr Bolduc, de Saint Michel ; vice-président actif, Dr Gosselin, de Saint Roch des Aulnaies ; secrétaire trésorier, Dr Blouin, de Montmagny.

Comité de régie : les Drs Blouin, Tremblay et Paradis, de Montmagny.

Il y eut discussion sur plusieurs questions importantes, et à la séance de l'après-midi, M. le Dr Bolduc nous fit la lecture d'un travail sur l'infection puerpérale, afin de permettre une discussion sur ce grave sujet.

Toos les médecins du district de Montmagny sont invités à entrer dans cette société qui assurément leur offrira de grands avantages.

---

### **Convention Médicale du Comté de Charlevoix**

---

Le 25 Mars 1901, les médecins du Comté de Charlevoix se sont réunis à la Baie St Paul, dans le but de former une association médicale.

Etaient présents, Messieurs les Docteurs Alfred Simard, Alfred Morin et Eugène Guillemette de la Baie St Paul ; Ch. Simard de St Urbain ; P. Synote, des Eboulements ; Ls. H. Labrèque, J. A. Lapointe et E. V. Boulanger, de la Malbaie.

Cette association sera connue sous le nom de "Société Médicale du Comté de Charlevoix".

Cette Société a pour but de resserrer les liens d'amitié qui unissent déjà les médecins du Comté, et de maintenir l'union, l'accord et l'harmonie qui doivent toujours exister entre les membres d'une même profession, et de tirer le meilleur profit possible de cette amitié et de cette union, tant dans l'intérêt des médecins eux mêmes que dans celui de leurs patients.

*L'élection des officiers a donné le résultat suivant :*

Président : Dr Alfred Simard, Baie St Paul.

Vice-Président : Dr Ls H Labrecque, Malbaie.

Secrétaire: Dr E. V. Boulanger, Malbaie

Proposé par les Drs Ls. H. Labrecque et E. Guillemette, secondé par les Drs P. Synote et Alfred Morin, et résolu unanimement : Qu'en raison du trop grand nombre de médecins non licenciés et de charlatans qui ont eu jusqu'ici leurs coudées franches pour pratiquer illégalement la médecine au détriment des médecins porteurs de licence ;

Que tous les médecins présents à la Convention prennent tous les moyens que la loi met à leur disposition pour les délivrer de tous ces êtres qui journallement se rendent coupables de pratique illégale de la médecine.

Proposé par le Dr J. A. Lapointe, secondé par le Dr P. Synote, et résolu unanimement : Qu'à l'avenir tous les médecins faisant partie de

cette association soient engagés sur l'honneur à ne faire aucun accouchement ordinaire pour moins de \$2.00, un tel accouchement n'occasionnant pas une perte de temps de plus de 6 heures ; un supplément de 25 cts. devant être exigé pour chaque heure additionnelle :

Pour application de forceps.....	50 cts en montant
Pour hémorrhagie.....	50 cts " "
Pour adhérence du placenta.....	50 cts " "
Accouchement gémellaire.....	\$4 00
Accouchement avec chloroforme .....	\$5 00

Il est ensuite proposé par le Dr Ls. H. Labrecque, secondé par le Dr A. Morin, et résolu unanimement : Que les réunions de la " Société Médicale du Comté de Charlevoix " aient lieu tous les six mois.

La prochaine séance est fixée au 1er Octobre, à la Mal'baie.

Monsieur le Président remercie ensuite en termes chaleureux les confrères qui n'ont craint ni la distance, ni la température pour se rendre à cette réunion. Il attend le plus grand bien de ces réunions, et espère à l'avenir que tous marcheront la main dans la main se supportant les uns les autres pour notre plus grand avantage et celui de nos patients.

DR E. V. BOULANGER,  
Secrétaire.

---

## 2ème Convention des régions de Chicoutimi, Saguenay et du Lac St-Jean

---

ROBERVAL, le 29 de juin 1901.

La deuxième convention des régions de Chicoutimi, Saguenay et du Lac St Jean, a eu lieu à Roberval, le 29 juin 1901 sous la présidence du Dr L. E. Beauchamp, président.

Présents : Messieurs les Docteurs L. E. Beauchamp, J. A. Poliquin, Edmond Savard, J. Constantin, E. S. Fluhman, E. A. Claveau et A. Rivierin.

Nous avons regretté vivement l'absence de plusieurs confrères, car il nous fait toujours plaisir de se mieux connaître et de se rencontrer de temps en temps.

Le Docteur J. Constantin, d'après le désir de l'assemblée, nous donne plusieurs détails intéressants sur le rouage gouvernemental du Collège des Médecins et des Chirurgiens dont il est un des gouverneurs. Ce dernier, dit-il, est souvent empêché d'agir surtout dans les cas de pratique illégale de la médecine, soit par des dissensions intestines, soit le plus souvent par l'antipathie des députés, ou encore la crainte qu'ont ces derniers de se mettre en conflit avec des gens qui leur sont bien utiles en temps d'élection. C'est pour cette raison que nous voyons si souvent l'adoption de Bills en Chambre, bills si contraires aux gens de profession.

Le Dr J. Constantin, malgré les désirs de l'assemblée de le voir réélire gouverneur du C. M. & C. P. Q. à l'élection du 4 septembre prochain, trouve qu'il serait plus juste qu'un médecin de Chicoutimi fût choisi pour gouverneur du Collège cette année, que Charlevoix eût son tour dans 3 ans, et le Lac St Jean dans 6 ans, et ainsi de suite à tour de rôle, à moins que l'intérêt général en exigeât autrement et ce du consentement des médecins du district électoral.

En conséquence il est proposé par le Dr Ed Savard et le Dr J. Constantin et secondé par le Dr E. S. Fluhman et E. A. Claveau ;

Que demande soit faite à tous les médecins du district électoral de bien vouloir voter en faveur du Dr L. E. Beauchamp de Chicoutimi, afin de l'élire à l'élection des gouverneurs du C. M. & C. P. Q. en Septembre 1901. Adopté unanimement.

Le tarif suivant est adopté à l'unanimité ; ce tarif devant être ajouté à celui adopté à la dernière réunion de la Convention, et le Secrétaire est chargé d'en donner une copie à tous les membres.

Accouchement ordinaire n'occasionnant pas une perte	
de temps de plus de six heures, minimum.....	\$3.00
Pour chaque heure subséquente de détention.....	25
Pour accouchement gémellaire.....	4.00
Pour application de forceps .....	50 et plus
Pour Hémorrhagies.....	50 " "
Pour adhérence du placenta.....	50 " "
Chloroformisation.....	\$3.00 " "
Pour extraction d'une dent.....	25 " "
Pour chaque extraction subséquente de dent.....	25 chaque.
Dent anesthésiée.....	50
Consultation avec un confrère.....	5.00



---

1ère visite (ville et village).....	1.00
Visite subséquente (remèdes extra).....	50
Visite dans les rangs n'occasionnant pas une perte de temps de plus de 2 heures.....	1.50
Chaque heure subséquente.....	50
Cathétérisme.....	1.00
Injection hypodermique.....	50 à 1.00
“ sérum.....	3.50
Ouverture d'abcès.....—.....	50 à 1.00
Auscultation.....	1.00
Pansements .....	50
Réduction de luxation des doigts.....	1.00
Réduction de luxation en général.....	5.00
Réduction de luxation de la hanche.....	25.00
Réduction de fractures.....	5.00 à 25.00
Enlever un corps étranger dans l'œil.....	50
Enlever un corps étranger dans le nez et l'oreille.....	50
Extraction de Kyste.....	1.00
Certificat de santé.....	1.00

Ce tarif ne devant être diminué pour aucune raison.

Par ordre

A. RIVERIN M. D.

*Secrétaire.*

Les médecins de Chicoutimi remercient chaleureusement et sincèrement leurs confrères du Lac St Jean pour l'aimable réception qu'ils leur ont donnée et sur proposition du Dr Savard secondé par le Dr J. Constantin la prochaine réunion est fixée au mois d'Octobre prochain à Chicoutimi.

Et l'assemblée est close.

Les journaux de Médecine sont priés de reproduire.



## Les prochaines élections du Bureau

Dans quelques semaines les médecins de la province de Québec seront tenus de faire le choix de leurs futurs représentants pour la chambre des gouverneurs du Collège. Tout laisse croire qu'un calme peu usité présidera à cette élection générale.

Nous croyons que la majorité des gouverneurs actuels resteront en fonction, qu'un petit nombre seulement sera déplacé pour raisons diverses.

Est-ce à dire que l'administration de 1898 à 1901 a été exempte de tout blâme ? Nous ne sommes pas portés à le croire s'il faut en juger par le désappointement des uns et des autres sur les grandes questions qui ont été soumises devant le bureau depuis 1898.—Ainsi un certain groupe aurait aimé lui voir prendre une action plus énergique et effective sur ce qui regardait plus particulièrement l'éducation. D'autres seront, à tort ou à raison, un peu surpris des dépenses encourues depuis 3 ans.—Bon nombre verraient aussi avec le plus grand plaisir l'inauguration de certains procédés qui s'imposent pour le bon fonctionnement du Bureau lui-même et le plus grand bien de la profession. Cependant nous persistons à croire que la plupart de ses membres seront réélus, vu que les questions les plus importantes à notre point de vue sont restées sur la table et sont susceptibles d'être diversement résolues même par les esprits les mieux intentionnés.

Quarante trois membres seront donc appelés le premier mercredi de septembre, à prendre la responsabilité des affaires du Collège. Sur ce nombre huit seront de droit nommés par les Universités Laval à Québec et à Montréal, les Collèges McGill et Bishop, les trente-cinq autres seront élus par les différents districts de la province, lesquels ont été divisés à cette fin en un certain nombre de divisions électorales connues de tous.

Toutefois conformément à ce qui a toujours été fait jusqu'à ce jour, *sauf une seule exception du temps du Dr Ross*, l'honneur et les honoraires de la présidence reviendraient de droit à un autre district dans la présente élection.

Ce nouveau gouvernement qui va naître fera-t-il mieux que celui qui expirera demain ? Nous n'en savons rien ; Mais ce que nous savons, c'est que devant être composé de la presque totalité des anciens membres tous mieux renseignés par conséquent que le seront les nouveaux sur les grandes

questions qui sont déjà devant le Bureau, plus au courant des affaires de routine, des procédures de l'administration, plus en demeure de remplir ses obligations et donner une entière satisfaction à la profession ; le public médical devrait avoir le droit de s'attendre à des résultats plus éclatants pour les 3 prochaines années.

Le nouveau bureau sera à n'en pas douter, puissamment aidé par les sociétés médicales qui surgissent aujourd'hui de toute part. C'est certainement là l'expression d'un réveil général qui ne saurait manquer d'avoir les plus heureux résultats sur le fonctionnement même du Collège. Il est clair qu'à l'avenir chaque gouverneur sera choisi, non plus par les procureurs d'un certain nombre de confrères plus ou moins intimes, plus ou moins éloignés et même souvent inconnus, mais par le choix libre et unanime d'un corps sociétaire en séance régulière telle que la chose vient de se faire à la Société Médicale de Chicoutimi. N'est-il pas vrai que la résultante de ces nominations sociétaires par toute la province assurerait aux médecins des districts une représentation, j'oserais dire presque idéale ?

Au moins le district aura un représentant selon son choix, qui ne saurait transgresser avec son mandat sans perdre du même coup la confiance de ses collègues faisant partie de la même société. Nous est avis que le prochain bureau devrait faire beaucoup pour l'organisation de ces sociétés de district ; que cette initiative devrait être prise par chacun des gouverneurs des districts, non encore organisés, afin de compléter le cadre qu'il nous reste à remplir avant le congrès de 1902.

Le nouveau Collège aura certainement de graves questions à soutenir et à décider.—Ainsi c'est lui qui enterrera, nous n'en doutons pas le bill Roddick et tout ce qui s'y rattache.—

La question des études sera de plus sérieusement soumise à son attention et il devra prendre sur elle une action définitive.

Il aura à se débattre encore malheureusement avec les poursuites intentées par nos jeunes confrères contre le bureau pour l'obtention de leur licence. Nous ne sommes pas en mesure de faire à chacun la part de responsabilité qui lui revient, mais une chose reste acquise aujourd'hui : c'est que le bureau a été trop confiant envers ceux auxquels il venait d'accorder le brevet. Il est clair que s'il eut pensé un moment qu'on pourrait le traiter ainsi, nous n'aurions rien de tout cela à regretter.

Leurs intérêts bien compris peuvent justifier les demandes jusqu'à un certain point. Mais ce qui surpasse l'imagination c'est leur réclamation monétaire contre le collège et les dommages illusoires dont ils veulent

le rendre responsable lui qui vient de leur accorder ce qu'ils pouvaient désirer avec le plus d'ardeur et n'acheter à aucun prix.

De même qu'en principe nous avons toujours été pour que la loi suive son cours, c'est à dire que celui qui veut un brevet n'a qu'à passer ses examens et à les gagner péniblement comme nous l'avons tous gagué nous-mêmes jadis, ainsi nous sommes pour que les clauses du contrat qui ont fait l'objet de ces poursuites qui ont coûté tant de troubles et d'argent au bureau, soient respectées.

Une autre question qu'on signale en vain depuis longtemps à l'attention des gouverneurs pris individuellement, c'est l'importance toute capitale qu'il y aurait pour l'avancement du Bureau à faire délivrer au moins 15 jours avant chaque séance semi annuelle les rapports des comités chargés de l'étude de toutes les questions importantes.—Ainsi les représentants auraient un dossier à étudier librement avant de se rendre à la réunion et sur lequel ils auraient le plaisir de donner leur opinion et leur vote avec connaissance de cause—A venir jusqu'à ce jour au contraire tous ces rapports élaborés à la vapeur la veille de l'assemblée sont mis sur la table et presque jamais discutés, car son comité l'a approuvé voyez vous ; et tous les membres endossent cette responsabilité souvent au détriment de la profession toute entière. Les preuves ne manqueraient pas à l'appui de cet avancé.

De l'aveu des gouverneurs eux-mêmes il y a bien d'autres améliorations qui s'imposent. Nous avons pris la résolution de les signaler humblement au Nouveau Bureau avec l'espérance d'être entendus.

---

### Avis aux voteurs

Tout médecin qui, le 4 août 1901, n'aura pas reçu son bulletin de vote et l'enveloppe certifiée, pour le transmettre à l'officier rapporteur, devra en avvertir par écrit le registraire, qui lui fera parvenir un second bulletin marqué " double " et une seconde enveloppe. Tout bulletin de vote qui ne sera pas entre les mains de l'officier-rapporteur à cinq heures de l'après-midi, le mercredi, 3 septembre 1901, ne comptera pas. En aucun temps entre le 3 août et le 3 septembre, le bulletin de vote peut être envoyé à l'officier rapporteur de la division électorale.

---

## **Le Collège des Médecins et Chirurgiens et les bénéficiaires de la loi Pinault modi- fiée par l'amendement Roy.**

Le Bureau des gouverneurs de notre Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a fait parvenir, en vue des prochaines élections, à chacun des médecins des différents districts une copie de la Loi Electorale telle qu'amendée. On a cru utile, — évidemment dans le but de préparer l'opinion pour les mêmes élections, — d'y ajouter, sous forme de pamphlet, un article publié sous la signature du Dr E. P. Benoit, dans l'*Union Médicale*, (Juin 1901) Ce pamphlet paraît, ici, surtout destiné à justifier l'action et les procédés des officiers du Bureau, vis-à-vis des bénéficiaires de la Loi Pinault modifiée par l'Amendement Roy, procédés qui ont conduit à l'imbroglie en justice que l'on connaît, et ont engagé ce Bureau dans des responsabilités financières bien propres à émouvoir l'attention des praticiens intéressés.

Sans vouloir entrer dans la discussion du mérite de cet écrit, non plus que de l'appréciation de la conduite de nos gouverneurs, auxquels nous voulons bien accorder le crédit des meilleures intentions, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'usage officieux l'on fait d'une critique toute personnelle des Jugements déjà rendus, dans le but d'influencer l'opinion des électeurs, nous paraît pour le moins inopportun, et d'une convenance plus que douteuse vis-à-vis de la masse des médecins.

La question en litige entre le Collège des Médecins et les Bénéficiaires des lois mentionnées plus haut, après avoir été déjà décidée par deux tribunaux de justice, successivement, à l'encontre de l'action des officiers en charge, est maintenant soumise à la Cour d'Appel qui doit décider en dernier ressort. C'était là, évidemment pour tous, la seule voie régulière et légitime qui pouvait permettre à nos gouverneurs d'arriver à convaincre la profession médicale que leur action a été judicieuse et en rapport avec les statuts bien compris du Collège qu'ils représentent. N'eût-il pas mieux valu, dans les circonstances, laisser le corps médical attendre, à tout risque, la décision de ce tribunal d'appel auquel on a pris la responsabilité de référer la cause au lieu de chercher comme moyen terme une entente à l'amiable ?

Quels résultats peuvent espérer, en effet, nos gouverneurs, devant les esprits droits et éclairés de la profession, en faisant servir comme pamphlet électoral une critique ouverte de la décision des deux cours de Justice de première instance, dont les juges apparaîtront aux yeux de tous, malgré tout, tant au point de vue du sens légal que de l'impartialité et de la droiture d'esprit, placés dans des conditions non moins propres à inspirer la confiance que celles de l'auteur de cet écrit qui, car, tout en mettant sa plume au

service des droits du Collège des médecins, n'en paraît pas moins avoir eu pour but de plaider la cause des gouverneurs qui, avant de briguer de nouveau les suffrages, ont à soumettre à l'appréciation de l'électorat l'ensemble de leur conduite administrative ?

A part que les décisions de nos tribunaux judiciaires, auxquels incombe essentiellement l'interprétation de nos lois, doivent commander le respect absolu, pour tous les citoyens, nous sommes d'opinion, que toute critique ouverte, tendant à démontrer que telles et telles décisions de nos juges sont tout-à fait contraires à une loi particulière, qu'elles " lui accordent une portée qu'elle n'a pas, qu'on a jamais voulu lui donner," qu'elles " légalisent des permissions non autorisées par les statuts." nous croyons disons nous, que telle critique court le risque de manquer totalement son but, surtout lorsqu'on nous la présente sous l'apparence d'une manœuvre électorale et qu'elle naît sous des circonstances qui laissent pressentir une attitude d'intérêt trop local.

Nous ajouterons que le sens médical, la compétence scientifique d'un écrivain, quelque soit son prestige professionnel, ne peuvent tenir lieu de garanties du sens légal pour l'interprétation de nos lois, à l'encontre des décisions judiciaires, ni suffir pour dissiper les appréhensions des membres de la profession qui se sont justement émus des premiers échecs subis par le Bureau, devant la Justice ; c'est pourquoi un bon nombre préférerait encore un compromis honorable plutôt que le risque de nouvelles procédures devant les tribunaux, qui exposent toujours à des frais considérables.

Ce compromis, rejeté à l'assemblée de juillet, aurait pu être facile du moment que les bénéficiaires de la loi Pinault, déjà munis d'un diplôme universitaire, consentaient à se désister de leur réclamation : d'autant plus que les mêmes privilèges de l'admission à la pratique, sans nouvel examen spécial, qui auraient été la base de ce compromis, ont été accordés gratuitement, dans cette même réunion du Bureau des Gouverneurs, à *plusieurs autres candidats étrangers au District de Québec* : et cela, sans qu'aucune opposition systématique ne se soit manifestée parmi nos représentants, et sans que ces mêmes gouverneurs n'aient cru déroger à leurs devoirs envers la profession ni envers les privilèges du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province.

Loin de nous la pensée de vouloir jeter un blâme direct sur l'action du Bureau qui a eu à faire face à des circonstances vis-à-vis desquelles il n'avait pas de précédent pour se guider. Mais, comme l'imbroglio judiciaire actuel est une question qui se dressera pour l'avenir devant les nouveaux gouverneurs, nous avons cru devoir éveiller l'attention de nos lecteurs pour que chacun envisage d'avance la question sous tous les aspects qu'elle peut présenter, en se rappelant que, sur le terrain des intérêts professionnels comme partout ailleurs, " la prudence est la mère de la sûreté."

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Les femmes Docteurs en Médecine dans tous les pays :** Etude historique, statistique, documentaire et anecdotique sur l'art de la médecine exercé par la femme. Par Haryett Fautauges. *Paris* ; Alliance Coopérative du Livre. 1901.

Un intéressant petit volume qui renferme les noms, la nationalité, les traits caractéristiques et les autres choses qui ont trait aux femmes médecins des différentes parties du monde.

---

**La cure pratique de la tuberculose,** Par le DR PUJADE (d'Amélie-Bains). 1 vol. chez Carré et Naud, éditeurs. (*Paris* 1901).

« Cette œuvre, dit le Dr. Boirac dans la préface, est, de bout en bout écrite d'un style si vivant et si alerte, avec tant de verve et d'entrain, que le lecteur s'y sent comme emporté de page en page et qu'il s'étonne d'y trouver quelques unes des qualités qui ont fait le succès d'un Alexandre Dumas ou d'un Edmond Rostand. »

C'est un excellent plaidoyer en faveur du traitement climatérique de la tuberculose dont, dit l'auteur, « la cure est facile sous un ciel bleu, au milieu des siens, dans la préoccupation attentive de tout ce qui peut concourir à rendre efficace la lutte contre la maladie », et en somme, tout le livre fait surtout pour entraîner la conviction, peut se résumer en la dernière phrase : « l'air pur n'est pas une adjuvance, c'est une nécessité ; le soleil brillant n'est pas une adjuvance, c'est une nécessité, les soins affectueux, constants et intelligents de la famille, ne sont pas une adjuvance, ils sont une nécessité. » Nous ne pouvons que souscrire à ces paroles qui sont toute la vérité de la thérapie de la tuberculose, bien plus que tous les médicaments plus ou moins nombreux vantés comme spécifiques.—S. R.

---