

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER,	MM. L. K. FORTIER,	MM. A. Le SAGE,
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MAHÉN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRÉT,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPPELLE,	C. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1906 :

MM. Benoit,	MM. Heineck,	MM. Rhéaume,
Bourgoin,	Joyal,	Rousseau,
D'Amours,	Laramée,	Roy,
DeBlois,	Lussier,	Sirois,
Desjardins,	Laurendeau,	St-Pierre.
Gauthier,	Marsau,	
Gregor.	Pelletier,	

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LESAGE, Secrétaire,
36, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVI

1er OCTOBRE 1907

No 10

MEMOIRES

TUMEUR CEREBRALE AVEC SYMPTOMES CLINIQUES EPILEPTIFORMES. — DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL ENTRE L'EPILEPSIE ESSENTIELLE ET L'EPILEPSIE JACKSONNIENNE (1).

Par le Dr J. E. DUBÉ,

Officier d'académie. Docteur en médecine de la Faculté de Paris.
Agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le 12 décembre 1903, je recevais à mon cabinet de consultation Madame H... qui m'était adressée par son parent médecin.

Agée de 31 ans, mariée et mère de famille, cette personne présentait des troubles nerveux bizarres qui pouvaient tenir de l'hystérie et de l'épilepsie.

Antécédent héréditaire. — Son père mort à 67 ans, d'affection du foie ; sa mère est vivante, et très nerveuse ; deux sœurs vivantes ; quatre frères et sœurs morts jeunes.

Elle croit avoir eu les maladies de l'enfance.

Menstruée à 14 ans, et mariée à 21 ans. Six grossesses dont cinq à terme. La cinquième grossesse c'est terminée à 40 jours sous autre cause que de la fatigue.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, 1906.

Grosse pour la sixième fois elle accoucha à terme de deux jumeaux morts-nés.

Elle présenta de l'œdème des jambes au cours de chaque grossesse. Tous les accouchements hors le dernier — pour les jumeaux — furent faciles. Elle croit avoir eu un peu de fièvre au cours des suites des couches du sixième accouchement.

Jusqu'après sa quatrième grossesse ma malade avait une assez bonne santé. Elle pesait alors 140 livres.

Après avoir eu une grande peur à la vue de chevaux emportés elle devint très nerveuse ; elle eut même une diarrhée qui dura 7 à 8 mois. Puis survint l'avortement à 40 jours et les deux jumeaux nés à termes quelques temps après. C'est au cours de cette grossesse qu'elle perdit connaissance pour la première fois alors qu'elle assistait à l'accouchement de sa sœur. Cette perte de connaissance dura une heure et demi. Cinq semaines après elle eut une deuxième perte de connaissance de même durée au cours de laquelle elle se mordit la langue. Cette attaque survint pendant la nuit et après avoir poussé un grand cri.

Les attaques continuèrent à se présenter ainsi tous les mois ou deux jusqu'à la naissance des jumeaux.

Elles devinrent alors plus fréquentes et c'est pour ces accidents que je la vis pour la première fois.

A ce moment elle pèse 118 livres, son appétit est assez bon, mais sa digestion est mauvaise. Les fonctions intestinales sont parfaites et les urines normales. Rien au cœur ou aux poumons. Elle se dit très nerveuse, très impressionnable.

Voici comment elle décrit ses attaques ou pertes de connaissance.

1° Il survient de l'engourdissement de la main, quelquefois du bras gauche ainsi que de la langue.

2° Elle appelle alors à son secours, puis perd connaissance.

A plusieurs reprises elle s'est fait des blessures en tombant au commencement des attaques.

Elle dort d'un sommeil profond pendant plusieurs heures après ces attaques.

Ceux qui ont vu la malade pendant qu'elle était sans connaissance affirment qu'elle a des contractions répétées des bras et des jambes.

Elle a uriné sous elle et sans s'en apercevoir, plusieurs fois.

Les accidents surviennent pendant la nuit surtout.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité générale hors l'anesthésie pharyngée et sensation de boule à l'estomac. Voilà à peu de chose près tous les symptômes classiques qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler : épilepsie essentielle.

Je reviendrai cependant sur quelques-uns d'entre eux plus tard. Je ne trouvais aucuns troubles de la pupille. Sa menstruation était normale.

Ma première pensée fut qu'il s'agissait d'une épileptique : cependant je la plaçai sous observation.

Je lui prescrivis un régime convenable pour améliorer son estomac et je me contentai de lui faire prendre de *l'infusion de Valériane*.

Je revis la malade 8 jours plus tard. La digestion était meilleure mais les attaques persistaient.

Je lui prescrivis alors les trois Bromures d'après la formule de Gilles de la Tourette.

Le 20 janvier 1904, elle m'annonça avec beaucoup de satisfaction, que les attaques étaient cessées. Elle prenait alors 3 grammes de Bromure par 24 heures.

Tout alla bien jusqu'en mars suivant, alors qu'elle fit un avortement de trois mois.

Elle vint me consulter parce que le matin même elle avait eu une attaque *sans perte de connaissance*. Elle avait eu mal à la tête avec nausées, et engourdissement comme autrefois.

Je la remis aux Bromures qu'elle avait cessé de prendre.

Le 2 novembre suivant elle se présenta à mon bureau pour de nouvelles attaques. Son poids était augmenté à 128 lbs.

En dehors des attaques elle ressentait des engourdissements dans le bras et la jambe gauches, qui étaient affaiblis. Elle avait moins de force dans la main gauche qui échappait souvent ce qu'elle prenait.

C'est à partir de ce moment que des doutes s'élevèrent dans mon esprit sur la valeur de mon diagnostic d'épilepsie. Et dans l'historique de ma malade, écrite à chacune de ses visites, je trouve à la

date du 2 novembre 1904, la note suivante : " S'agirait-il d'une tumeur cérébrale ? d'une gomme syphilitique ? "

Je remplaçai les Bromures par du Sirop de Gibert.

Le 17 novembre, aucune amélioration. La malade avait en plus de la stomatite mercurielle.

Je lui fis reprendre les Bromures en augmentant les doses, je priai en plus la malade de ne pas prendre de sel dans ses aliments.

Le 8 décembre, même état avec, en plus, mal de tête persistant sur le sommet et en arrière de la tête.

Son bras et sa jambe gauche s'aient de plus en plus faibles.

Le dynamomètre marquait 14 à la main droite et 8 à la main gauche.

Il me semblait qu'une pupille réagissait moins bien que l'autre et je demandai à M. le Docteur Foucher d'examiner ma patiente.

Voici les renseignements fournis par M. le Dr Foucher.

Cher Docteur,

Votre patiente a une acuité visuelle normale ; pas d'astigmatisme, ni d'insuffisance musculaire. Pour l'oreille le Weber est négatif quoique à droite il existe un bouchon compacte de cérumen enfoncé sur le tympan.

J'ai enlevé ce corps de délit que je vous adresse, je ne serais pas surpris si la cause du trouble pouvait être trouvée là.

Time will tell.

Votre bien dévoué,

A. A. FOUCHER.

12 décembre 1904.

Après l'intervention du Dr Foucher la malade se sentit mieux. Les étourdissements et les accidents épileptiformes disparurent.

Mais la faiblesse persistait quand même, au côté gauche.

Elle m'apprit alors qu'elle était enceinte de quatre mois. Je cessai les Bromures pour quelque temps.

Le 27 janvier 1905, elle me revenait plus mal que jamais. Elle perdait connaissance 3 à 4 fois par jour. Tout le côté gauche était engourdi.

Je la remis aux Bromures. En avril 1905 l'état restait toujours le même ou à peu près. Deux fois la nuit, elle avait eu de grandes attaques convulsives.

Elle garda le lit pendant 10 jours avec un mal de tête atroce, toujours plus fort la nuit. Elle n'avait ni vomissements ni troubles de la vue.

Elle marchait difficilement à cause de son côté gauche très affaibli.

Le dynamomètre marquait 14 à la main droite et 5 à la main gauche.

Il existait donc une diminution marquée et suivie de la force musculaire de la main gauche.

Les réflexes patellaires étaient normaux des deux côtés.

Le mari que je voyais à ce moment me décrit une attaque qu'il avait vue la nuit précédente :

Il se sentit poussé violemment et en s'éveillant il trouva sa femme sans connaissance la tête tournée sur l'épaule gauche. Il remarqua que la paupière gauche et la commissure labiale du même côté étaient animées de contractions rythmées. Les deux jambes et les deux bras étaient également en contractions cloniques.

Depuis quelque temps elle avait des attaques le jour également, et si elle était debout à ces moments la tête tournait à gauche et tout le corps de même.

Les Bromures restèrent absolument sans effet.

Le 16 avril, la malade allait de plus en plus mal. Elle avait une attaque toutes les nuits.

Ces attaques étaient caractérisées à ce moment par :

- 1° De l'embrouillement de la vue ;
- 2° Nausées, sans vomissements ;
- 3° Engourdissement du côté gauche ;

L'attaque s'arrêtait là quelquefois sans perte de connaissance mais généralement elle tournait sur elle-même, lorsqu'elle était debout, et tombait par terre en proie à des convulsions suivies d'un sommeil profond.

En présence de cette pauvre malade qui allait de mal en pis je fut pris de découragement et craignant de plus en plus avoir affaire à une tumeur cérébrale malgré l'absence de plusieurs symptômes importants, je demandai et j'obtins une consultation avec un confrère auquel je fis part de mes doutes en lui demandant de vouloir examiner ma malade au point de vue hystérique, épileptique et tumeur cérébrale soit du cervelet ou d'un autre lobe.

Voici le rapport de l'examen que je reçus le 29 avril 1905.

Mon cher Dubé,

J'ai examiné votre malade très attentivement et à tous les points de vues. Je crois qu'il s'agit d'épilepsie et voici mes raisons.

Il y a d'abord hérédité nerveuse : la mère de la malade a été nerveuse, un oncle a eu des attaques de perte de connaissance entre 25 et 33 ans, les enfants de la malade portent des stigmates de dégénérescence nerveuse, un pisse au lit, l'autre a eu des convulsions. Une peur considérable est au début de la nervosité qui a précédé les attaques. Sa première attaque eut lieu encore sous l'action d'une émotion forte. Ces attaques ont bien les caractères de l'épilepsie : d'abord elles sont prolongées, suivies de stertor pendant 1½ heure, accompagnées de morsure de la langue, d'écume rougeâtre à la bouche, et d'incontinence d'urine, suivies d'habitude, de manque de mémoire, et caractère important par dessus tout, inconscience de l'attaque, enfin les attaques sont toujours nocturnes. Il y a aura, l'intelligence et la mémoire baissent *graduellement*.

Le traitement a eu un effet très marqué c'est donc un ensemble de faits qui concourent à faire pencher le diagnostic vers l'épilepsie.

Par exclusion :

Ce n'est pas la syphilis, malgré les fausses couches, les jumeaux morts prématurément, le pemphigus du nouveau-né mort un mois après, parce que le mari nie absolument avoir été syphilitique. ● D'ailleurs la symptomatologie serait différente.

Ce n'est pas une tumeur cérébrale à cause de l'absence du symptôme papillaire, à cause de la non persistance de la conscience pendant l'attaque, à cause du caractère tardif du mal de tête qui d'ailleurs n'est pas localisé, à cause de l'absence de vomissement, à cause de l'évolution lente de la maladie et des pertes de connaissance prolongées.

Ce n'est pas le cerrelet qui est en cause à cause de l'absence de tout signe caractéristique. Le vertige dont se plaint la malade est d'abord très récent datant à peine de deux semaines, il se serait manifesté antérieurement s'il eut eu quelque rapport avec le mal

de tête antérieur et tous les autres symptômes antérieurs. D'ailleurs le vertige n'est pas cérébelleux, on n'observe aucunement une titubation ébriuse, de l'anesthésie musculaire, et puis la parésie serait bilatérale aux membres inférieurs ; il n'y a pas de tendance au recul ou à la projection en avant, ni de mouvement giratoire. Il est vrai que la malade semble pendant le début de son attaque aller à gauche plutôt qu'à droite, mais cela est dû, je crois, à ce que les convulsions sont plus prononcées à gauche avant de devenir générales. Encore une fois le vertige dû à une affection du cervelet est un symptôme du début de l'affection et persiste jusqu'à la fin. Aussi l'absence de vomissement exclut une affection du cervelet, car ce symptôme est très fréquent dans les affections cérébelleuses. L'absence de troubles de la vue consistant en dilatation pupillaire, amblyopie, amaurose. Elle a eu hallucination de la vue et de l'odorat et cela est plutôt épileptique.

Ce n'est pas l'épilepsie Jacksonienne, parce que les convulsions ont été dès le début généralisées et avec perte complète de la conscience. Dans l'épilepsie jacksonienne le malade assiste au paroxysme sans perte de conscience. Lorsque l'épilepsie jacksonienne se généralise il peut y avoir perte de la conscience, mais cela n'arrive pas dès le début et régulièrement comme dans le cas présent.

Ce n'est pas de l'Hystérie, ni Hystéro-épilepsie, à cause de l'absence de tout trouble de la sensibilité, c'est-à-dire pas de stigmates hystériques.

Conclusion : En prenant en considération : l'évolution de ce syndrome (3 ans), la régularité des attaques, la perte de la conscience, leur caractère nocturne, le stertor post-paroxystique, l'absence de mémoire, la morsure de la langue, l'incontinence de l'urine dans quelques attaques, la dépression de l'intelligence, l'hallucination de l'odorat, de la vue, l'amélioration sérieuse qui suivit le traitement bromuré, en prenant en considération toute cette pléiade de symptômes appartenant en propre à l'épilepsie, je me range de ce côté, ne voyant que des probabilités très faibles pour un autre diagnostic.

Il y a sans doute ce mal de tête assez tenace et fort qui est

apparu en janvier et a été continu pendant environ 4 semaines, avec rémission ensuite. J'avoue qu'un tel mal de tête est suggestif de tumeur cérébrale. Mais, cependant, il existe certains maux de tête, au début de l'infection syphilitique par exemple, qui sont tenaces et prolongés pendant des semaines et ils ne sont pas occasionnés par une tumeur, seulement par trouble vasculaire infectieux. D'ailleurs les épileptiques ont de ces maux de tête nocturnes qui semblent être des attaques d'épilepsie larvée.

Il y a aussi sa parésie hémilatérale. Je l'explique par des troubles vasculaires du cerveau qui ont amené des troubles trophiques peu à peu. Il a pu se faire à l'une de ses attaques un infarctus hémorragique entraînant du ramollissement cérébral d'une certaine zone du territoire. Cela se voit chez les épileptiques.

Il faut tenir grand compte de l'évolution des symptômes : dans le cas présent la symptomatologie a été pendant longtemps purement épileptique, avant que des symptômes nouveaux tels que céphalalgie, parésie, aient fait leur apparition.

Pour toutes ces raisons qui se dégagent de l'analyse que j'ai faite je penche donc, cher ami, au diagnostic *d'épilepsie*.

X...

Après lecture du rapport que m'adressait mon confrère, je remis la malade aux Bromures.

Le 31 avril, c'est-à-dire, le surlendemain, elle mourut après une série d'attaques.

Voici ce que me raconta son mari. Le 30 avril, à 3 heures du matin, elle se réveilla très agitée et avec un violent mal de tête, siégeant du côté droit.

A 10 heures du matin, elle eut une grande attaque avec convulsions généralisées, sang dans la bouche, qui dura dix minutes et elle dormit jusqu'au midi. Elle urina sous elle pendant cette attaque. Dans l'après-midi elle présentait de la difficulté de la parole.

A 4½ heures, nouvelle attaque suivie de sommeil jusqu'à 6½ heures. Elle ne parlait plus que par signes.

La nuit suivante à 3 heures du matin, elle était sans connaissance.

A 5 heures, convulsions qui durèrent dix minutes. Mort à

7 heures sans avoir repris connaissance et la figure fortement congestionnée. Je pus obtenir l'autopsie qui fut faite 12 heures après le mort, par le Dr Alphonse Mercier.

Nous avons trouvé une tumeur du lobe pariétal droit du volume d'une mandarine. Cette tumeur que j'ai montrée à la Société à cette époque n'était pas encapsulée. Elle faisait pour ainsi dire corps avec le tissu cérébral lui-même tout en étant d'une consistance plus dure. Le siège de cette tumeur, en pleine matière blanche au voisinage du territoire Rolandique, expliquait les troubles de parésie unilatérale que présentait la malade depuis plusieurs mois.

À l'ouverture de la boîte crânienne les méninges furent trouvées très congestionnées et il s'en écoula beaucoup de sérosité sanguinolente. Le cerveau à l'incision présentait une surface piquetée de rouge.

La malade avait donc été emportée par une forte congestion cérébrale appelée et augmentée par les fortes attaques convulsives qui furent les dernières.

Cette observation est intéressante, surtout, au point de vue du diagnostic à faire entre une *épilepsie essentielle* et une *tumeur cérébrale* avec symptômes épileptiformes dite *épilepsie Jacksonnienne*.

Passons rapidement, si vous le voulez, les symptômes cliniques de l'épilepsie essentielle, ainsi que ceux donnés par une tumeur du cerveau.

“ À l'heure actuelle, la question de l'épilepsie, d'après MM. Grasset et Rauzier, traverse une phase pénible de bouleversement radical. Depuis les travaux de Chaslin (1889) qui signalent une sclérose névroglique dans le cerveau des épileptiques francs, — depuis aussi les récentes recherches concernant la physiologie pathologique de l'épilepsie et révélant le rôle des intoxications et auto-intoxications dans la genèse des accidents, — on en est arrivé à restreindre de plus en plus le rôle et l'importance de la névrose comitiale.”

Pour Ardin-Delteil, l'épilepsie essentielle devient l'épilepsie symptomatique d'une cause irritative mal connue et méconnue

jusqu'ici, peut-être un poison, une substance chimique de nature toxique.

Pour Féré, l'épilepsie est un syndrome, dépendant soit d'une malformation des centres nerveux (épilepsie dite essentielle), soit d'auto-intoxication (puerpéralité, urémie), soit de lésions organiques et grossièrement appréciables des centres nerveux (sclérose cérébrale, tumeurs cérébrales, etc).

Pour M. Grasset, la question n'est pas encore vidée et tout en admettant les idées décrites ci-dessus sur les causes et la nature de l'épilepsie, il croit que cette dernière appartient toujours à la clinique qui nous offre à considérer deux grandes catégories d'épileptiques :

“ 1° Chez les uns, tarés dans leurs origines et portant fréquemment des stigmates de la tare héréditaire, l'épilepsie apparaît dans le jeune âge, spontanément ou sous l'influence de causes diverses, intangibles la plupart du temps. Les manifestations intéressent généralement l'ensemble des fonctions cérébrales, et spécialement la sphère psychique, qui peut être seule atteinte par les paroxysmes. Chez ces malades l'épilepsie constitue toute la maladie.

“ 2° Chez les autres, une cause matérielle, tangible localisée, généralement acquise, provoque à tout âge, par elle seule et sans prédisposition, les manifestations comitiales. Celles-ci sont le plus souvent partielles dans leur distribution somatique, et portent plus souvent sur le domaine physique (convulsion) que sur la sphère psychique. Enfin les malades de cette catégorie présentent en dehors du tableau de l'épilepsie, les symptômes de l'affection primitive qui provoque et entretient l'excitabilité du système nerveux.

“ Toutefois, et nous tenons bien à le souligner, il n'existe pas de ligne de démarcation absolument précise entre les deux modalités de l'épilepsie, dont nous venons de tracer le schéma. Souvent il sera difficile, en présence d'une cause déterminée, de dire si elle a créé l'épilepsie de toute pièces ou si elle n'a fait que révéler une tare héréditaire. Ces cas difficiles à classer montrent bien qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre les deux ordres de faits ; ils constituent un trait d'union entre les deux grandes formes cliniques du mal comitial. On peut ajouter, pour accentuer le rapprochement, que les deux formes

“de l'épilepsie peuvent succéder l'une à l'autre.” (Traité de Médecine.)

Ardin-Delteil a dit avec raison que “ce qui est pathognomonique dans l'épilepsie, ce n'est pas tel ou tel symptôme prédominant, c'est leur association, c'est le syndrome.”

Pour Grasset et Rauzier, “l'épilepsie essentielle est une névrose dominée dans son étiologie par l'hérédité, et se manifestant par des crises ou accès dont la caractéristique la plus essentielle consiste dans une perte absolue, pendant la crise, du libre arbitre et généralement aussi de la conscience, avec amnésie consécutive.”

Tous les auteurs donnent comme signes certains de l'épilepsie : le cri, la chute, la perte absolue de connaissance, la morsure de la langue, l'incontinence des sphincters, les convulsions toxiques et chroniques, la pâleur de la face au début et congestion consécutive, la dilatation des pupilles, élévation passagère de la température et le stertor consécutif.

“L'épilepsie jacksonienne d'après Grasset et Rauzier est un “syndrome caractérisé, dans sa forme la plus habituelle, par des “accès convulsifs ayant leur point de départ dans des groupes “musculaires circonscrits, et dus à une excitation bien localisée, “directe ou réflexe, de l'écorce cérébrale ; la cause des accidents “est le plus souvent une lésion organique grossière, qui suffit à “elle seule pour provoquer les accès, indépendamment de toute “prédisposition.”

“Annoncée par l'aura, l'accès débute le plus souvent par une “phase toxique très courte ; il peut aussi commencer d'en l'ée “par des convulsions. Celles-ci, d'abord très localisées et limitées “soit à un côté de la face, soit aux extrémités d'un membre, “s'étendent suivant une progression déterminée et peuvent se “généraliser ; la perte de connaissance est inconstante. A cette “période d'excitation, fait bientôt suite une phase d'épuisement, “dans laquelle on voit fréquemment survenir des paralysies.”

Voilà, auteurs en mains, les grands caractères de l'épilepsie essentielle et de l'épilepsie jacksonienne. Dans cette dernière l'aura s'observe plus fréquemment que dans la forme essentielle.

L'accès convulsif ne s'accompagne pas généralement de cri, de chute, ni d'incontinence d'urine et se termine par une courte période de stertor.

Si je compare maintenant l'histoire de ma malade aux deux formes que je viens de décrire je lui trouve de la ressemblance avec l'une et l'autre.

Avec l'épilepsie essentielle, par la chute, la perte de connaissance dans ses grandes attaques, la morsure de la langue, l'incontinence des sphincters, les convulsions toxiques et chroniques, et le stertor consécutif.

Avec l'épilepsie jacksonienne par l'existence d'un aura, par la *connaissance* qu'a la malade de ses petites attaques sans convulsions, par l'existence de convulsions partielles — paupières et commissure labiale gauche — dans quelques-unes de ses attaques ; par l'existence d'une hémiparésie progressive, par l'apparition tardive des accidents convulsifs.

A prime abord, ma malade présentait plutôt l'apparence d'une épileptique et ce fut l'opinion de notre confrère qui l'examina avec soin, mais en tenant compte du fait que cette épilepsie était apparue après 30 ans, chose possible mais rare, dans l'épilepsie essentielle, en voyant survenir et progresser une hémiparésie gauche chose excessivement rare dans l'épilepsie essentielle.

En constatant que la malade avait un aura et qu'elle ne perdait pas toujours connaissance dans ses attaques — les petites surtout — ce qui est presque inconnu dans l'épilepsie essentielle, j'ai peu à peu songé à la possibilité d'une épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale siégeant peut-être au cervelet à cause des mouvements giratoires, ou à un autre lobe cérébral droit, d'une tumeur probablement, et cela malgré l'absence de céphalée dès le début, de vomissements et de troubles oculaires, amaurose etc. le véritable trépied du diagnostic des tumeurs cérébrales.

Mon intention était, si cette malade avait survécu et avait accouché à terme, de la soumettre à un traitement chirurgical. La chirurgie est seule capable dans ces cas d'amener une guérison par la trépanation suivie de l'énucléation de la tumeur, lorsque celle-ci est encapsulée. Chez notre malade la tumeur n'était point encapsulée, le chirurgien aurait pu cependant la morceler et soustraire ou faire disparaître pour quelque temps au moins les symptômes graves dus à la compression cérébrale. En présence de semblables cas où le diagnostic reste flottant et incertain, il faut, je crois, recourir à la chirurgie dès que le moindre indice de tumeur possible nous apparaît.

REVUE GENERALE

ADMINISTRATION SYSTEMATIQUE DES BROMURES DANS L'EPILEPSIE (1).

M. Gilles de la Tourette a précisé le mode d'administration des bromures dans l'épilepsie.

Il propose la formule :

Bromure de potassium	40 grammes
Bromure de sodium	
Bromure d'ammonium	à 12 "
Benzoate de soude	
Eau bouillie	a. s. p. 1 litre

Le benzoate de soude y est associé comme antiseptique dans le but de prévenir les éruptions bromiques ; une cuiller à soupe, soit 15 centimètres cubes, contient un gramme de bromures associés.

Le moment d'administration variera suivant que les accès surviennent au hasard ou qu'au contraire ils se produisent à heure à peu près fixe. Dans le premier cas la dose quotidienne sera donnée en deux fois ou même en trois fois si la dose est élevée, dans un demi-verre d'eau sucrée, de tilleul ou de lait (un épileptique doit d'ailleurs prendre par jour un litre à un litre et demi de lait), la première fois au moment du petit déjeuner, la deuxième fois après le dîner ou de préférence au moment du coucher, la troisième fois (s'il y a lieu) à la fin du repas de midi. Dans le deuxième cas (accès revenant à heure fixe) on donnera les deux tiers de la dose dans les deux heures environ qui précèdent l'apparition de l'accès.

La dose journalière doit être suffisante pour combattre les accès sans produire de complications, elle sera de 4 à 12 grammes suivant les individus. On aura chance de l'atteindre sans la dépasser en procédant de la manière suivante : augmenter les doses progressivement de 1 gramme par semaine 1, 2, 3, 4, 5, puis diminuer 5, 4, 3. Si la dose s'est montrée insuffisante, recommencer une série 4, 5, 6, 5, 4 ; si la dose est encore insuffisante, nouvelle série 5, 6, 7, 6, 5, et ainsi de suite.

On reconnaîtra que la dose prescrite a été suffisante à ce que le malade éprouve une sensation de lourdeur, de fatigue, d'inaptitude physique et intellectuelle légère, de tendance au sommeil.

(1) A propos de l'observation du Dr Dubé, il est intéressant de savoir comment on peut administrer les bromures, d'après Martinet "Les Médicaments."

Le signe de la pupille permettra d'ailleurs de suivre les phénomènes d'imprégnation tout en évitant les accidents d'intoxication: dès qu'on commence à administrer le bromure, la pupille marque une tendance à la dilatation, mais réagit cependant normalement à la lumière et à l'accommodation; si on élève la dose, la mydriase s'accroît, la pupille, quoique réagissant encore à la lumière et à l'accommodation, devient paresseuse, moins sensible; à ce moment la période d'imprégnation est atteinte, la dose de bromure qui la produit ne doit pas être dépassée, si elle l'est, la mydriase atteint le maximum, les pupilles deviennent insensibles à la lumière et à la distance, on est dans la période d'intoxication bromique, qu'il aurait fallu éviter, intoxication qui s'accompagne d'ordinaire d'embaras gastro-intestinal prononcé, d'éruptions cutanées surtout acnéiformes et de dépression physique et même mentale profonde.

Pour ce même auteur la dose suffisante doit être continuée au moins un an après la dernière manifestation épileptique et c'est seulement à ce moment qu'on pourrait commencer à la diminuer, en procédant par séries décroissantes de trois semaines, comme on a fait pour les séries croissantes; en sorte que dans son ensemble le traitement comporterait une période d'augmentation progressive, une période d'état pendant laquelle on se maintiendrait à la dose suffisante et qui s'étendrait un an après le dernier accès, une période de diminution progressive.

Administration dans les affections non épileptiques.

Dans les autres affections qui relèvent de la médication bromurée, l'administration des bromures ne se prête pas à une telle systématisation, elle est surtout symptomatique, la dose et la durée sont subordonnées à la tolérance individuelle, à l'intensité des symptômes et à leur durée.

La dose quotidienne pourra, suivant les cas, aller de 1 à 10 grammes avec une dose moyenne de 2 à 4 grammes dans les cas non épileptiques. Les enfants supportent admirablement les bromures qu'on leur prescriera aux doses suivantes comme sédatif, antispasmodique: cinq centigrammes par mois d'âge jusqu'à un an; 0,40 centigrammes par année d'âge jusqu'à dix ans; au-dessus de dix ans on pourra adopter les doses qui conviennent à l'adulte.

La solution et le sirop sont les formes pharmaceutiques de choix.

Les deux formes pharmaceutiques de choix sont la solution et le sirop. L'administration en cachets nous paraît peu recommandable à cause de l'instabilité du sel pur, qui s'altère à l'air avec une grande facilité, à cause aussi de l'irritation que provoque le contact du sel avec la muqueuse stomacale.

On emploiera une *solution titrée* à 1 gramme de sel par cuiller à soupe, soit 20 grammes d'eau. On a une grande tendance à remplacer le bromure de potassium par un mélange en proportions variables des bromures précédemment énumérés et la raison est claire. Nous avons rappelé plus haut la formule très rationnelle de Gilles de la Tourette.

Pour les *préparations sirupeuses* on pourra adopter la formule du codex, titrant 1 gramme de bromure par cuiller à soupe :

Bromure de potassium..	50 grammes
Eau distillée..	50 "
Sirop d'écorces d'oranges amères..	900 "

Le sirop d'écorces d'oranges amères paraît être le véhicule de choix en ce qu'il masque admirablement le goût salé du bromure et en ce que son action tonique antigestralgique combat avec succès l'action dépressive du bromure sur le système nerveux et son action irritante sur l'estomac.

Toutefois chez les enfants le sirop de fleurs d'oranger est généralement préféré. On pourra formuler :

Bromure de potassium..	} aa 1 gramme
Bromure de sodium..	
Eau distillée..	} aa 50 "
Sirop de fleurs d'oranges..	

Chaque cuiller à café, renferme cinq centigrammes de chacun des bromures, soit dix centigrammes de bromures associés.

ASSOCIATIONS BROMURÉES

Certaines associations bromurées ont pour but d'éviter les accidents bromiques.

A ce point de vue l'*antisepsie intestinale* a été préconisée et M. Ferré a proposé l'emploi du *naphtol* et du *benzonaphtol*, pendant

la période d'administration des bromures, dans le même but on a proposé (Ferré, Gilles de la Tourette) la *benzoate de soude* :

Bromure de potassium	40 grammes
Bromure de sodium	} aa 12 "
Bromure d'ammonium	
Benzoate de soude	12 "
Eau distillée	q. s p. 1000 gr

Un gramme de polybromure par cuiller à soupe.

Ces associations diminuent peut-être la fréquence des accidents cutanés, de l'acné bromique en particulier, elles ne les suppriment pas, et il sera dans bon un but prophylactique de donner 2 bains savonneux par semaine aux malades soumis à une médication bromurée intensive, et de veiller à la pureté des bromures administrés.

En tous cas ces associations, sans doute utiles, sont sans action sur les accidents généraux du bromisme qu'on évitera plus sûrement en tâtant avec soin la susceptibilité du malade, en le surveillant attentivement et en n'arrivant que progressivement à la dose suffisante qu'on ne dépassera sous aucun prétexte.

Dans l'épilepsie. Flechsig préconise une cure bromuro-opiacée alternante.

Signalons en passant le *traitement de l'épilepsie* par la méthode de Flechsig, il est basé sur des principes absolument différents de la méthode bromurée pure exposée précédemment et qui est la plus généralement suivie en France. La méthode de Flechsig comprend deux parties : une cure opiacée, une cure bromurée ; elle est basée en somme sur une cure *bromuro-alternante*. L'opium employé est l'opium brut ; on commence par une dose quotidienne de 1 à 2 centigrammes qu'on porte progressivement et sous une surveillance étroite à 1 gramme ; pendant ce temps, des lavements quotidiens, une alimentation légère et facile, le repos à la chambre contribuent à diminuer et à évacuer les résidus alimentaires toxiques ; le cœur, le rein sont observés avec soin et à la moindre alerte l'opium est diminué, suspendu ou supprimé. Quand on a atteint la dose maximum, l'opium est continué pendant quelques jours à la forte dose de 1 gramme, puis brusquement (et Flechsig insiste sur cette cessation brusque, point essentiel pour lui de la méthode) du jour au lendemain l'opium est supprimé

et remplacé par le bromure de potassium à la dose de 5 à 8 grammes, continuée pendant deux mois environ.

Pour Flechsig, la cure opiacée serait simplement préparatoire et aurait pour but de rendre plus complète et plus efficace la cure bromurée.

Cette méthode préconisée en Allemagne aurait donné de bons résultats à Bicêtre à M. Seglas.

Association bromuro-arsenicale de Grasset.

M. Grasset réalise dans cette maladie deux intéressantes associations. Dans la *névrose comitiale*, il prescrit une association bromuro-arsénicale :

Arséniate de soude	quinze centigrammes
Bromure de potassium	100 grammes
Eau distillée	q. s. p. 1 litre

Il fait prendre cette solution à doses oscillantes de deux à cinq cuillères à soupe par jour et de cinq à deux, en augmentant ou en diminuant de une cuillère à soupe tous les cinq jours.

Dans l'*épilepsie jacksonnienne* il modifie la formule précédente par addition d'iodure de potassium, soit :

Arséniate de soude	quinze centigrammes
Iodure de potassium	30 grammes
Bromure de potassium	100 "
Eau distillée	q. s. p. 1 litre

qu'il emploie comme la précédente, s'en tenant toutefois habituellement à quatre cuillères à soupe comme dose maximum quotidienne.

Mentionnons ici que pour prévenir les accidents d'intoxications iodo-bromurée, il fait prendre en même temps que la solution bromurée une quantité égale du sirop suivant :

Borate de soude	10 grammes
Glycérine	qs p. solution
Sirop d'écorces d'oranges amères . .	300 centimètres cubes

Association iodo-bromuro-chlorurée.

Dans un tout autre ordre de faits on a préconisé (Potain et Grasset entre autres) l'*association iodo-bromuro-chlorurée*, en particulier dans la *tuberculose chronique torpide, sans fièvre et sans*

hémoptysie, avec antécédents lymphatiques et adénopathies multiples et dans les adénopathies trachéo-bronchiques.

On peut formuler avec ces auteurs :

Iodure de sodium..	10 grammes
Bromure de sodium..	20 "
Chlorure de sodium..	49 "
Eau distillée..	300 "

une cuillerée à soupe contient (iodure, 0 gr. 50, bromure, 1 gramme, chlorure, 2 grammes); on en prescrit une cuillère à soupe dans une tasse de lait le matin et le soir à quatre heures. Nous trouvons la dose d'iodure trop forte et la réduisons dans notre pratique à 5 et même quelquefois 4 grammes. Cette association donne souvent des résultats remarquables. Les sels de sodium doivent être préférés aux sels de potassium en ce qu'ils n'ont sur le cœur aucune action déprimante. L'iodure est un merveilleux expectorant très favorable à l'expulsion des détritux pulmonaires, c'est un remarquable anticrofuleux, mais il est formellement contre-indiqué en cas de tuberculose active, de tendance congestive, de fièvre, d'hémoptysie. Le bromure exerce sur l'éréthisme nerveux si fréquent chez les tuberculeux une action sédatrice des plus heureuses. Le chlorure enfin est d'autant plus utile que la déperdition des chlorures chez les tuberculeux est considérable tant dans les urines que dans les crachats; enfin il excite l'appétit et exerce une appréciable action tonique générale.

Associations bromurées diverses.

Ces quelques exemples de préparations magistrales font sentir l'extrême variété des associations pharmaceutiques bromurées.

Le *Bromidia*, préparation bromurée, hypnotique, sédatrice, calmante, spécialisée par les Américains renferme par cuillère à café :

Extrait de jusquiame..	} aa un centigramme
Extrait de chanvre indien..	
Hydrate de chloral..	} aa un gramme
Bromure de potassium..	

C'est certainement un des meilleurs sédatifs hypnotiques que nous connaissons. Il est particulièrement recommandable dans le délire alcoolique. On pourra en faire une préparation magis-

trale en choisissant comme véhicule soit le julep simple, soit le sirop d'écorces d'oranges amères.

Extrait de jusquiame	}	aa dix centigrammes
Extrait de chanvre indien		
Hydrate de chloral	}	aa 10 grammes
Bromure de potassium		
Sirop d'écorces d'oranges amères	}	aa qs p. 200 cent. cubes
Julep simple		

Cette préparation est moins concentrée que le bromidia ; une cuillère à soupe de cette préparation équivaut à une cuillère à café de bromidia.

Le goût en est peu agréable, aussi pourra-t-on faire sucer quelques pastilles de menthe après l'absorption. On pourrait aussi pour éviter l'action irritante sur l'estomac, la donner dans du lait ou de la tisane.

Citons pour finir la formule suivante recommandée par M. A. Robin dans le traitement de l'accès de migraine.

Antipyrine	}	aa 0 gr. 50
Bromure de potassium		
Chlorhydrate de cocaïne		0 gr. 01
Caféine		0 gr. 02
Poudre de paulinia sorbilis		0 gr. 30

Méler, pour un cachet à prendre dès les premières manifestations de l'accès migranien :

CONDUITE A TENIR DANS LES PLAIES DE L'ABDOMEN PAR ARMES A FEU (1).

Peu de questions ont été l'objet de discussions aussi vives et aussi prolongées : en voici le motif : Il fut une époque où la laparotomie présentait un caractère de gravité à peu près égal à celui des plaies accidentelles de l'abdomen ; celles-ci, d'autre part, sont susceptibles de guérison spontanée et nombreux sont les exemples publiés de perforations traumatiques de l'intestin, cicatrisées sans le secours de la chirurgie. D'où le raisonnement

(1) Par M. ROSINEAU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, dans *Gaz. des Hôp.*

tenu par les "abstentionnistes" d'autrefois : Il vaut mieux laisser au malade la chance de guérir tout seul que de lui faire courir le risque de mourir par suite de la laparotomie. On surveillait donc le malade, prêt à intervenir cependant dès l'apparition des accidents graves ; c'était "l'expectation armée."

Avec le temps, les dangers de la laparotomie disparurent, plus vite en certaines mains que dans d'autres. Des statistiques furent publiées, d'où ressortit ce fait essentiel : pratiquée dans les six premières heures après l'accident, l'opération bien faite guérit, sauf les cas désespérés ; jusqu'à la douzième heure, la guérison est encore la règle ; vers la dix-huitième heure, le risque de mort post-opératoire augmente ; au bout de vingt-quatre heures, la mortalité est considérable. Ces constatations ont suffi pour donner gain de cause aux "interventionnistes" et pour poser en règle que l'opération doit être aussi précoce que possible. De l'expectation armée, méthode déplorable s'il en fut, il n'est plus question aujourd'hui.

Je crois avoir résumé, aussi brièvement que possible, l'histoire de la thérapeutique chirurgicale des plaies de l'abdomen par armes à feu ; et je pourrais terminer ici mon article en posant cet aphorisme : toute plaie abdominale par balle réclame l'intervention immédiate. Mais, d'abord, je n'aime pas l'absolu en chirurgie ; on peut toujours trouver une contre-indication opératoire. Ensuite il est bon d'entrer dans le détail des faits, car il en découle certaines remarques que le praticien ne doit pas négliger.

Je laisserai de côté, dans cette étude, les plaies de guerre ; je les connais pourtant, ayant suivi de près, il y a dix ans, les hostilités gréco-turques, et j'ai pu constater leur gravité ; en effet, à moins d'avoir un service d'évacuation sur l'ambulance remarquablement organisé, les blessés sont laparotomisés trop tardivement et succombent. Les faits de la pratique civile seule nous intéressent réellement.

Quatre cas peuvent se présenter : duel, accident de chasse, suicide, assassinat. L'arme : fusil, pistolet, revolver surtout. Le projectile : grains de plomb éparpillés (négligeables), balle en

plomb ou à enveloppe métallique, d'un calibre variant de 5 à 9 millimètres en moyenne.

Dans les deux premiers cas, l'accident a lieu devant témoins ; le blessé est immédiatement secouru. Dans les deux autres, au contraire, un certain nombre d'heures s'écoulent avant que le blessé puisse être examiné et soigné. Mais la différence qui en résulte n'a d'intérêt qu'au point de vue du pronostic ; la conduite à tenir est toujours la même, et nous la résumons ainsi :

Il faut panser le blessé, le transporter, puis l'opérer.

1° PANSEMENT. — *On doit se garder de toute exploration, digitale ou instrumentale, du trajet de la balle.* Palper l'abdomen et voyez s'il y a ou non de la contracture ; percutez et cherchez la sonneté préhépatique, indice d'une issue gazeuse hors de l'intestin ; la matité des fosses iliaques, signe d'un épanchement sanglant. Constatez l'état de shock, la dépression du pouls.

Puis lavez la peau à l'alcool (on en trouve partout) et, à défaut de matériel de pansement aseptique, appliquez sur la plaie un ou plusieurs mouchoirs récemment lavés, une bonne couche de coton ; faites un bandage de corps avec une serviette pliée convenablement et serrez bien.

2° TRANSPORT. — Il est tellement essentiel de faire bénéficier le blessé d'une opération pratiquée avec toutes les garanties de l'asepsie, qu'on ne doit pas hésiter à le transporter dans un hôpital ou une maison de santé, même si le transport demande deux ou trois heures, et malgré tous les inconvénients qu'il peut présenter.

Toutefois il ne faut pas transporter un moribond ; mais le praticien peut juger, pendant le temps employé au pansement et à l'organisation du transport, si le blessé a une hémorragie interne si abondante qu'il ne survivra pas au temps nécessité par son transport. Car c'est la seule de mort rapide. Ici intervient encore la notion du temps écoulé depuis l'accident ; et, passé douze à quinze heures, en présence d'une plaie unique par balle de petit calibre, sans signes absolus de pénétration, et devant les risques d'un transport très long, très difficile, on serait autorisé à s'abstenir et à soigner le blessé sur place par l'immobilisation. De telles conditions sont exceptionnelles.

Il est recommandé d'ailleurs, si faire se peut, d'user de la morphine contre la douleur, du sérum et des stimulants contre l'état de dépression du blessé.

3° OPÉRATION. — Le blessé, amené au lieu de l'opération, est endormi. L'intervention comprend deux phases :

C'est d'abord l'*exploration aseptique* du trajet de la balle. Une sonde est glissée dans le trajet, la peau incisée de façon à le mettre à jour, les muscles débridés jusqu'à atteindre le péritoine.

On se rend compte ainsi de la *pénétration*.

Si la balle est dans la paroi, le trajet est désinfecté, puis suturé. S'il y a pénétration, la *laparotomie* est aussitôt pratiquée, très rarement au point de pénétration, le plus souvent sur la ligne médiane, au niveau de l'orifice d'entrée, ce qui facilite beaucoup les manœuvres ultérieures.

4° TECHNIQUE. — La laparotomie est exploratrice ; elle révèle deux ordres de faits : l'hémorragie et les perforations du tube digestif.

L'hémorragie vient de la paroi, de l'épiploon, du mésentère, du foie, de la rate, du rein, etc. Elle est évidente. Le sang évacué de l'abdomen, l'opérateur est conduit facilement sur le vaisseau ou le viscère qui saigne et fait l'hémostase à l'aide de pinces, de ligatures, de sutures. Il y a là une technique spéciale à chaque cas que je ne puis exposer ici.

Les perforations du tube digestif sont souvent multiples : rien ne les décèle, en général, et il faut les chercher. Le mieux est d'éviscérer l'abdomen ; l'intestin sorti est recueilli dans un champ opératoire chaud et passé en revue d'un bout à l'autre. Les trous, partiellement oblitérés par un bouchon de muqueuse herniée, sont petits ; on les reconnaît souvent à la teinte ecchymotique de l'intestin à leur niveau.

Un tron est-il constaté sur une face de l'intestin, regardez aussitôt la face opposée, cherchez même les orifices placés à l'insertion du bord mésentérique et que dissimulent les deux feuillots du péritoine.

Les trous isolés, sur une ou plusieurs anses, sont suturés en un ou deux plans suivant leur dimension. Les orifices multiples sur une même anse grêle (12 à 18 parfois) sont justiciables de la

résection de cette anse, plus rapide que les sutures trop nombreuses.

Quand l'opérateur est sûr de n'avoir négligé aucune perforation, il réduit l'intestin et suture la paroi ; l'abdomen est drainé. Ces manœuvres sont exécutées avec toute la célérité possible ; c'est là une condition de succès.

Il est inutile de rechercher la balle qui, d'habitude, se loge dans les muscles postérieurs de l'abdomen.

5° CAS PARTICULIERS. — Des plaies multiples de l'abdomen commandent toujours l'intervention, car il n'est pas admissible que pas une des balles reçues n'ait pénétré, et par suite perforé.

Les plaies thoraco-abdominales sont justiciables de la laparotomie seule ; les lésions thoraciques passent au second plan, et d'ailleurs guérissent généralement mieux par un traitement secondaire que par l'intervention immédiate.

Les plaies de l'estomac offrent une difficulté spéciale pour la suture du trou de la paroi postérieure, quand il est haut placé ; mais si la suture est bien faite, le pronostic est bon.

Les plaies du gros intestin sont bénignes ; le contenu solide ne s'épanche pas dans le péritoine.

Les plaies du duodénum, difficiles à suturer, ont un mauvais pronostic.

Dans ce court exposé, j'ai négligé presque complètement le côté clinique. Les symptômes, en effet, n'ont de valeur que pour le pronostic. Le diagnostic de pénétration, qui équivaut presque à celui de perforation, repose, en dehors des cas évidents, sur l'exploration du trajet de la balle à ciel ouvert. C'est pourquoi il est légitime d'apporter tous ses soins à réaliser cette exploration le plus tôt possible, afin d'opérer les blessés dans de bonnes conditions d'asepsie, et avec toute la diligence désirable. Aujourd'hui, mieux vaut ouvrir un ventre indemne que d'assister, impuissant, à la mort par suite d'une perforation intestinale méconnue. Si l'opération ne sauve pas tous les blessés, car il en est dont les lésions sont irrémédiables, du moins le chirurgien ne peut se reprocher une inaction coupable.

CHANCRE SIMPLE OU CHANCRELLE (1).

Le chancre simple, appelé encore chancre mou ou chancrelle, est une maladie infectieuse, microbienne, localisée, due à un agent pathogène spécifique, le streptobacille de Ducrey-Ulma.

Transmise habituellement par les rapports sexuels, elle est caractérisée par une pyodermite avec ulcération dermo-épidermique, contagieuse, siégeant en règle générale dans la région génito-anale, et réinoculable indéfiniment au porteur.

GÉNÉRALITÉS

Comprise dans le groupe des maladies vénériennes, la chancrelle est restée confondue avec la syphilis jusqu'au milieu du siècle dernier.

Les partisans de l'identité du chancre simple et du syphilitique, les unieistes ont vu leur conception ruinée par la doctrine dualiste établie par Bassereau en 1852, soutenue par Rollet et Fournier.

Le dualisme est étayé sur les constatations suivantes : le chancre mou n'est pas suivi des accidents secondaires caractéristiques de la syphilis, le chancre induré l'est toujours. Un sujet atteint de chancre syphilitique peut contracter un chancre mou, jamais un chancre syphilitique ; donc le chancre syphilitique confère l'immunité, tandis que le chancre mou ne confère jamais l'immunité vis-à-vis de lui-même mais est au contraire réinoculable indéfiniment au porteur ; enfin, le chancre mou naît toujours d'un chancre mou.

Cependant certains faits semblent en opposition avec cette manière de voir, faits qui ont été invoqués par les unieistes et sont restés longtemps une cause d'erreur. Certaines ulcérations chancreuses, à type de chancre mou au début, peuvent, à un moment donné, éprouver un degré plus ou moins marqué d'induration et donner lieu ultérieurement à des accidents syphilitiques indiscutables. Les unieistes en tiraient argument pour conclure que les deux types de chancres, mou et induré, dérivent d'un même principe et représentent seulement deux évolutions d'un même mal, tenant à des conditions de terrain, de mode d'inoculation, de voie de généralisation différentes.

(1) Par le Professeur NICOLAS (de Lyon), dans la Clinique, de Paris.

A Rollet, de Lyon, revint, en 1858, le grand mérite de démontrer que, dans ces cas, il y a coïncidence, superposition des deux virus, syphilitiques et chancrelleux, et sa conception du *chancre mixte* a définitivement jugé le différend. Chancre syphilitique et chancre simple sont deux maladies différentes, autonomes ; virus chancrelleux sont deux virus distincts et spécifiques qui généralement évoluent isolément pour donner lieu à chacune des maladies typiques, syphilis et chancrelle, mais parfois se superposent, et annulent leurs effets pour produire cet accident, d'explication difficile au premier abord, le chancre mixte.

Les recherches de laboratoire sont venues apporter un nouvel argument en faveur du dualisme, avec la découverte par Ducrey et Unna de l'agent spécifique du chancre simple, du bacille de Ducrey, que l'on peut isoler, cultiver et dont les cultures reproduisent une chancrelle typique.

Le chancre simple est donc dû à la transmission et à l'inoculation du bacille de Ducrey.

ÉTIOLOGIE

Cette transmission du bacille de Ducrey s'effectue le plus souvent par contagion immédiate, dans les rapports sexuels, d'un individu malade à un sujet sain, mais elle peut relever aussi d'une contagion médiate, par les doigts ou les objets souillés de virus chancrelleux.

Une excoriation, au moins superficielle, paraît nécessaire pour que l'inoculation donne lieu à la lésion chancrelleuse. Cependant, il n'est pas rare de voir de petits chancrelles satellites se développer autour du premier, sans lésions cutanées préalables appréciables.

La malpropreté favorise l'inoculation.

La contamination paraît possible pendant toute la durée de la maladie. On observe le chancre mou tout parmi les sujets à l'âge où les rapports sexuels sont fréquents. Il n'épargne aucune race et frappe également les deux sexes. La prostitution clandestine est une grande cause de dissémination.

On peut voir se développer de véritables épidémies de chancres moussus, dans certaines villes, et à certains époques, au moment de grands mouvements de population : expositions, changements de troupes, etc.

SYMPTOMES

L'incubation du chancre mou est très courte et pour ainsi dire nulle. On s'en rend très bien compte en suivant l'évolution d'un chancre simple d'inoculation.

Dès le deuxième jour, il se développe, au niveau du point contaminé, une aréole rouge au centre de laquelle apparaît une vésicule bientôt transformée en pustule qui se rompt, en mettant à découvert une petite ulcération cratériforme de la peau.

Vers le troisième ou quatrième jour, la chancelle est constituée et reconnaissable.

Ces caractères d'incubation et d'évolution du début de la lésion ont une grande signification diagnostique pour séparer le chancre simple du chancre syphilitique.

A sa période d'état, le chancre simple offre l'aspect d'une ulcération, irrégulièrement arrondie, ovulaire ou fissuraire, à bords rouges, sinueux, taillés à pic et décollés. Le fond du chancre est gris jaunâtre, anfractueux, comme vermoulu, bourbillonneux. Le pus est assez abondant, quelquefois concrété à la surface en croûtes qu'il faut enlever pour voir l'aspect assez caractéristique de la lésion.

Cette ulcération chancelleuse repose en général sur une base molle, quelquefois œdématiée, pâteuse, mais nullement ferme et cartilagineuse comme dans le chancre syphilitique. Le chancre mou peut cependant être induré artificiellement par des applications irritantes ou caustiques : calomel, chlorure de zinc, nitrate d'argent. Au moindre contact, les malades accusent des douleurs aiguës qui contrastent avec l'indolence du chancre syphilitique.

L'extension du chancre en surface et en profondeur est variable. Dans les cas non compliqués, l'ulcération reste de dimensions minimes et ne dépasse pas l'hypoderme.

Au bout d'une à quelques semaines, le fond se déterge, bourgeonne, les bords se récollent, l'ulcération se comble et la cicatrisation s'opère, laissant une cicatrice blanchâtre, souple, non indurée. Un chancre simple, de moyennes dimensions, guérit en vingt ou trente jours.

La multiplicité par auto-inoculations successives est un bon signe des chancres mous. Suivant la comparaison classique, le

chancre simple aime la vie de famille, vivant entouré de ses enfants et de ses petits enfants. Leur nombre est surtout grand chez les femmes, par suite des frottements et des sécrétions irritantes. Les chancres multiples peuvent fusionner, former des ulcérations plus ou moins grandes, occupant toute la rainure du gland, la face interne des grandes lèvres, le haut des cuisses chez la femme et prendre des formes spéciales, en raquette, en volet etc.

Normalement on ne constate pas de pléiade ganglionnaire.

Je vous signalerai aussi un caractère important de la chancrelle, utilisé couramment autrefois et auquel on a encore recours quelquefois actuellement : c'est *l'auto-inoculabilité*. Avec une pointe d'aiguille trempée dans le pus de l'ulcération suspecte, on fait au bras ou à la cuisse, une piqûre que l'on recouvre d'un verre de montre fixé avec du diachylon pour en suivre l'évolution.

S'il s'agit d'un chancre simple, on voit en 12 ou 24 heures survenir de la rougeur au point inoculé, puis se forme une vésicule et une pustule, qui, rompue, laisse au bout de 3 ou 4 jours une petite ulcération cratériforme typique : chancrelle d'inoculation.

SIÈGE

Le chancre simple est presque toujours génital ou périgénital. Vous le trouverez occupant chez l'homme, la rainure balano-préputiale, le prépuce, le gland, le méat, la partie antérieure de l'urèthre, quelquefois le scrotum, rarement le fourreau. Chez la femme il siège de préférence à la fourchette, aux petites lèvres, au clitoris, aux grandes lèvres, à la face interne des cuisses, à l'anus. Les chancres du rectum, du vagin, du col utérin, etc, sont très rares.

Les chancres simples extra-génitaux sont rares. Ils peuvent siéger sur toutes les parties du corps, principalement au niveau des doigts, de l'abdomen, des cuisses, exceptionnellement à la face, contrairement aux chancres syphilitiques.

A côté du chancre simple typique, on a décrit quelques *variétés* : chancres exulcéreux, miliaires, papuleux, vésiculeux, chancres phlegmoneux ou érysipélateux dans les cas très inflammatoires avec phimosis et balano-posthite, chancres diphtéroïdes lorsqu'ils siègent sur les muqueuses, avec exsudat blanchâtre et pultacé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le chancre simple l'épiderme est détruit, sectionné brusquement à pic.

La surface ulcérée est recouverte de nombreuses cellules de pus, avec débris de tissu conjonctif et de fibres élastiques.

Le derme sous-jacent est infiltré de cellules embryonnaires. Les vaisseaux dilatés et enflammés ont leurs parois également infiltrées de cellules rondes.

Sur les coupes, on retrouve des bacilles de Ducrey-Uma.

COMPLICATIONS

Les complications peuvent reconnaître diverses causes : extension anormalement grave de l'ulcération ou phagédénisme, propagation de l'infection au système lymphatique du voisinage, lymphangite, bubons ; infections microbiennes associées : suppuration, érysipèle, gangrène, syphilis.

Le *phagédénisme* n'est pas une complication spéciale au chancre mou. Elle se caractérise par une extension progressive et envahissante, quelquefois pendant plusieurs mois, de l'ulcération qui gagne en surface et en profondeur et peut amener des accidents redoutables, destruction du gland, de l'urèthre, des corps caverneux, des muscles sous-jacents, perforation de vaisseaux avec mort possible par hémorragie ou cachexie.

Le phagédénisme dépend soit d'une activité plus grande du virus, soit de l'affaiblissement du terrain et se rencontre surtout chez les alcooliques, les anémiés, les scrofuleux, les cachectiques.

L'envahissement du système lymphatique donne lieu, dans certains cas, à de la lymphangite avec petits abcès, appelés bubonules, qui, après ouverture, forment de nouvelles : c'est la lymphangite chancrelleuse.

Le plus souvent ce sont les ganglions du voisinage qui deviennent le siège d'une adénite inflammatoire et suppurée : *bubon*.

Le *bubon* est plus fréquent chez l'homme.

Il siège habituellement au pli de l'aîne et du côté correspondant à l'ulcération chancrelleuse, où il forme une petite tumeur rouge, chaude, douloureuse, fluctuante. Après évacuation du pus, l'ulcération peut se cicatrifier normalement ou, quelquefois, prendre les caractères d'un vaste chancre mou.

L'inflammation et la suppuration ganglionnaire sont dues le plus souvent à des infections secondaires par des microbes pyogènes, mais l'examen direct et la culture du pus ont permis d'y déceler le bacille de Ducrey dans 40% des cas.

Je ne ferai que vous signaler, sans les décrire, la suppuration, l'érysipèle, la gangrène, qui peuvent être, ou non, associés au phimosis et au paraphimosis.

Enfin, l'association du virus syphilitique au virus chancrelleux produit le *chancre mixte*.

Le chancre mixte peut être mixte d'emblée, par inoculation simultanée des deux virus, ou mixte secondairement, qu'il s'agisse de chancre primitivement simple syphilitisé ou de chancre primitivement syphilitique chancrellisé, ce qui est très rare.

Le chancre mixte d'emblée évolue tout d'abord avec les caractères cliniques, incubation et évolution, d'un chancre simple. Puis après l'inoculation de la syphilis, une vingtaine de jours en moyenne, la base de l'ulcération chancrelleuse s'indure, ou bien, sur la cicatrice déjà faite de la chancrelle se développe une nouvelle ulcération à caractère de chancre induré.

L'existence de chancres simples satellites ou de la pléiade ganglionnaire caractéristique de la syphilis donneront de précieuses indications sur la coexistence des deux infections.

Enfin, la constatation des deux agents spécifiques, bacille de Ducrey et *treponema pallidum* de Schaudinn, confirmeront la nature mixte du chancre.

Les chancres mixtes secondairement évoluent au début avec les caractères cliniques de l'un ou l'autre chancre, suivant l'infection qui s'est développée la première. Ultérieurement ils auront les caractères des chancres mixtes d'emblée. Mais quoi qu'il en soit, dans les cas douteux, il faut savoir au besoin attendre pendant deux ou trois mois l'adénopathie et les accidents de syphilis secondaire avant de se prononcer catégoriquement.

DIAGNOSTIC

Les caractères des chancres simples, ulcérations à bords taillés à pic et décollés, à fond anfractueux jaunâtre, habituellement multiples, sans pléiade ganglionnaire, à incubation courte, contenant le bacille de Ducrey, sont suffisamment nets pour vous

permettre de faire un diagnostic précis dans la plupart des cas. Cependant il faut savoir distinguer la chancrelle de quelques ulcérations pouvant lui ressembler.

Les vésicules d'*herpès* sont plus superficielles, seulement épidermiques, multiples, à contours polycycliques, à bords non décollés, sans pus.

L'*ecthyma* se différencie par son état pustuleux plus durable, son aspect croûteux, ses bords non décollés, son siège en dehors de la zone génitale, l'absence de bacilles de Ducrey.

Le chancre syphilitique a une incubation plus longue, 12 à 60 jours, 25 à 35 jours en moyenne. Il s'agit d'une papule osulcérée, plutôt que d'une ulcération vraie, à base indurée, avec pleiade ganglionnaire formée de ganglions multiples, petits, indolores, roulant sous le doigt. Le chancre syphilitique est plus souvent isolé et contient le *treponema pallidum* de Schaudinn. L'apparition des accidents secondaires lèvera tous les doutes.

Je vous ai suffisamment parlé du chancre mixte pour ne pas y revenir ici.

PRONOSTIC

Le chancre simple, affection purement locale, est bénin dans les conditions normales. Cependant, il peut devenir grave par les complications, surtout le phagédénisme et la gangrène qui peuvent survenir.

TRAITEMENT

Comme prophylaxie, on peut recommander de grands soins de propreté, après le coït.

Le traitement consistera dans les irrigations chaudes prolongées, ou les bains locaux à haute température : 45°, deux fois par jour avec des solutions antiseptiques, — dans l'application de compresses permanentes à l'eau oxygénée, au permanganate de potasse à 1 pour 500.

Vous pourrez y ajouter utilement les cautérisations chimiques : attouchements au chlorure de zinc à 1-10, à la teinture d'iode. Balzer et Souplet recommandent la pâte de Socin :

Chlorure de zinc..	1
Oxyde de zinc	10
Eau..	Q.S.

appliquée pendant vingt-quatre heures avec un tampon.

On obtient de bons résultats des insufflations d'air chaud, du chauffage avec un thermocautère, de la cautérisation et aussi des pulvérisations de chlorure d'éthyle et de méthyle. Dans l'intervalle on fera des pansements antiseptiques à l'iodoforme, au dermatol, à l'aristol, etc.

L'ablation chirurgicale, le râclage profond du chancre ont été conseillés.

Le traitement du chancre phagédénique comporte la mise en action des méthodes précédentes avec encore plus de soins et de minutie. Vous y ajouterez l'usage des toniques, du fer, de l'arsenic, le séjour à la campagne, à la mer.

Dans les cas de *gangrène*, il faudra d'abord, s'ils existent, réduire le paraphimosis, et débrider le phimosis avec, au besoin, des incisions sur les parties latérales du pénis au thermocautère. On utilisera les bains locaux, les pansements humides et tout l'arsenal thérapeutique précédent.

Les *bubons* seront traités au début par le repos, les applications chaudes ou froides, les pommades résolutives.

Une fois la suppuration produite, on peut recourir aux injections antiseptiques (éther iodoformé, sublimé, benzoate de mercure) intraganglionnaires, ou bien à la ponction capillaire — avec aspiration du pus.

Cordier, Balzer recommandent, pour les bubons inguinaux, une petite incision perpendiculaire à l'arcade crurale, suivie, après évacuation, d'une injection de nitrate d'argent à 1 p. 100, puis de pansement à la pâte de Socin, à l'iodoforme ou au dermatol.

SOIN DES DENTS DES ENFANTS (1).

“Le soin des dents des enfants” voilà la question qui me paraît avoir une grande importance. L'avenir de l'individu dépend tellement de l'éducation, des soins de l'instruction, etc., donnés à l'enfant, que l'on ne saurait exagérer la moindre de ces choses. Et comme il n'y a pas, pour les enfants, de maladie plus prédominante que la carie des dents, je prétends que le soin de ces organes doit être considéré sérieusement.

(1) Par M. P. CORRIGAN, DDS, Strathrey, E. U., (Dominion Dental Journal).

L'examen a montré que 86% des écoliers ont des dents cariées. Ce fait a été considéré comme si important dans certaines contrées européennes, qu'on a jugé sage de faire examiner ces dents par des intervalles déterminés. C'est qu'en effet, en l'absence de bonnes dents, les enfants ne sauraient mastiquer convenablement et assimiler leurs aliments, et par suite ils ne deviendront jamais des citoyens aussi utiles qu'ils pourraient l'être dans de meilleures conditions.

Tout dentiste a eu la satisfaction de voir des sujets dont la santé s'améliorait très notablement après avoir fait soigner leurs dents malades et cariées.

Permettez-moi donc de vous exposer quelques considérations très pratiques sur les dents malades et la bouche, qui vous permettront de bien diriger votre clientèle sur l'hygiène buccale et de leur rendre ainsi de signalés services.

Un médecin de marque répétait sans cesse à son fils : "Tenez-vous droit." Le conseil était bon et il faut le donner aux enfants des deux sexes, mais y ajouter celui-ci tout aussi important : "Maintenez-vous la bouche propre."

Quand on considère que la bouche est la porte d'entrée par laquelle passe tout ce qui est destiné à nourrir et à édifier l'organisme, — que tout ce qui entre là contient la somme totale des éléments sanguins, n'est-il pas naturel d'insister sur la nécessité de sa propreté ? Il y a des gens qui apportent le plus grand soin à la préparation de leurs aliments, qui les servent sur des plats propres, les mangent avec de l'argenterie brillante, puis les souillent immédiatement en les introduisant dans des bouches impures. Et ne croyez pas qu'il s'agisse ici d'une exception. Ce fait a lieu chaque jour dans des milliers de maisons où, à en juger par l'extérieur, tout est scrupuleusement propre.

Le matin, allons du lit à notre miroir et sortons la langue. En l'examinant avec attention, nous la verrons recouverte d'une couche visqueuse, d'une matière brunâtre qui peut s'enlever partiellement avec la lame d'un couteau. Cet enduit se compose de particules alimentaires insolubles, de salive et de précipités de la salive, donnant asile à une multitude de bactéries et de germes. Le dépôt recouvre la langue, les dents, les gencives et tous les tissus environnants.

L'aliment n'est pas impur par lui-même, mais il le devient par son séjour dans la bouche et par le travail de fermentation qui le rend nuisible à l'économie. Il faut l'enlever comme toute autre espèce de saleté, car il est devenu une menace pour la santé et les conditions normales. Laisse en place il souillera tout ce que l'on prendra ; or, qui oserait manger des aliments mélangés avec cette ordure en dehors de la bouche ? Non seulement il souille la bouche et l'estomac, mais quand il reste autour des dents, il constitue un lieu d'élection pour les germes qui causent indirectement la carie dentaire. La bouche demeure ainsi dans un état chronique de corruption ; l'haleine prend une odeur fétide repoussante, et quand ces conditions s'accompagnent de caries assez nombreuses, elles minent peu à peu mais sûrement la santé générale, conduisent à la débilité constitutionnelle, l'anémie, la septicémie, la dyspepsie chronique, d'une part, et, d'autre part, à la diphtérie et à la pneumonie.

Avant de passer aux règles spécifiques pour le soin de la bouche et des dents, donnons quelques-unes des raisons qui nécessitent la propreté de ces parties :

C'est pour prévenir des souffrances et des maux de dents, capables à la longue de compromettre la santé ; c'est pour permettre à l'enfant de mastiquer convenablement ses aliments, et de favoriser ainsi le développement normal du corps.

C'est pour que les dents de lait ne tombent pas trop tôt ou au contraire ne persistent pas trop longtemps. Dans le premier cas, la mâchoire se développera inégalement, les dents permanentes pourraient n'avoir pas assez d'espace et l'expression faciale pourrait s'en trouver gravement altérée.

La persistance des dents de lait peut empêcher la sortie des dents de remplacement, ou plutôt gêner leur éruption et les dévier de façon à défigurer le jeune sujet.

C'est pour éviter la formation de grandes cavités — une petite cavité n'affaiblit pas autant la dent, et de petites obturations ne se voient guère.

C'est pour éviter l'humiliation de perdre les dents naturelles et l'inconvénient de porter des pièces artificielles.

Que de jeunes gens ont été privés de toute beauté par suite de la négligence prolongée de leurs dents, qui ont fini par tomber

avant que le contour de la face et les lignes des traits eussent acquis leur maturité et se fussent fixés ! Peut-il y avoir quelque chose de plus humiliant et de plus irritant pour une nature sensible ?

Et maintenant, quelles instructions pouvez-vous donner à vos jeunes clients pour prévenir tous les désordres que nous venons d'indiquer ?

1. Apprenez-leur que les dents et la bouche doivent être parfaitement nettoyées au moins une fois par jour, et plus souvent s'il est possible. Le mieux serait de nettoyer la bouche avant le déjeuner, après chaque repas, et le soir avant de se coucher. Comment procéder à ce nettoyage ? Voici : le matin il faut passer vigoureusement une brosse à dent sur les dents, les gencives et la langue, on devra employer une grande quantité d'eau fraîche et je conseille ensuite l'application d'une pâte dentifrice agréable. Après chaque repas, lavage complet de la bouche avec de l'eau froide, puis une fois toutes les particules alimentaires ainsi enlevées, brossage des dents avec de l'eau propre. Cette double opération, en enlevant les impuretés, s'opposera au travail de fermentation dans la cavité buccale.

2. Dites-leur que la meilleure brosse à dents doit avoir des soies fermes et fines. Il est préférable d'en avoir une plutôt petite pour faciliter son passage entre les joues et les dents.

3. Les dents ne doivent pas être brossées avec des cendres, du charbon, du sel, du savon, ou des substances sableuses. Celles-ci endommagent l'émail, tandis que le savon est nuisible aux gencives. Ne jamais brosser contre le bord gingival.

4. Encouragez-les à examiner fréquemment leurs dents au miroir, pour découvrir les cavités possibles — à distinguer les dents de lait des dents permanentes, — enfin à veiller à ce que ces organes soient libres de taches et de dépôts de tartre.

5. Faites-leur comprendre la supériorité des dents naturelles sur les dents artificielles, aux divers points de vue de la beauté, du confort et de l'utilité.

6. Insistez sur l'avantage de fréquentes visites périodiques chez le dentiste pour l'examen des dents et l'enlèvement du tartre.

7. Dites-leur que les dents les plus inférieures, à la condition d'être bien soignées et en temps voulu, leur rendront des services

tels qu'ils seront dédommagés de leurs peines. Souvent des mères de famille, tout en étant capables de rémunérer le dentiste, vous diront qu'elles ont résolu de laisser sans soins les dents de leurs enfants, parce qu'elles ne méritent pas d'être obturées. C'est là souvent le résultat de l'ignorance dont les pauvres enfants seront victimes par la perte de leurs dents.

8. Une dent douloureuse peut être traitée et mise en état de rendre des services permanents.

9. On parvient même souvent à sauver des dents abcédées.

10. Il n'est pas dangereux de se faire enlever une dent abcédée. Le danger consiste à ne pas l'extraire quand il est nécessaire, ou à ne pas la faire soigner avant que la septicémie se soit développée.

11. Apprenez-leur encore qu'à l'âge de six ans il leur sortira quatre molaires permanentes — une de chaque côté avec deux mâchoires. Que les mères prennent souvent ces dents pour des molaires temporaires. Que souvent on les néglige jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de les enlever.

Que la perte de ces premières molaires — tel est leur nom — a tendance à affaiblir, à déformer la mâchoire et à priver la face de la beauté de son contour.

12. Que la négligence oblige à faire des obturations volumineuses alors qu'en s'y prenant à temps, les obturations seraient petites et pas désagréables à la vue.

13. Que les dents de certaines personnes demandent plus de soins et de surveillance que d'autres.

14. Que les aliments convenablement mastiqués sont bien plus efficaces que ceux qu'on avale sans une mastication complète.

15. Que l'on peut prévenir et empêcher la mauvaise haleine en se soignant bien la bouche et les dents.

16. Qu'une dent ébranlée dans son alvéole peut être raffermie et recouvrir son utilité par des soins et un traitement appropriés.

17. Qu'il est tout aussi important de conserver les dents du fond de la bouche que celles de devant.

La délivrance désigne l'ensemble des phénomènes physiologiques et cliniques concourant au décollement et à la sortie de l'œuf, vidé du fœtus.

1° SYMPTOMES. — Immédiatement après la sortie du fœtus, commence la période de délivrance. On va voir se manifester certains symptômes particuliers à cette période.

Contractions utérines. — La femme, aussitôt après l'expulsion du fœtus, éprouve un immense soulagement. À l'agitation de la fin de l'accouchement succède une période de calme, presque d'abattement. Au bout d'un temps très variable l'accouchée est tirée de cet état par des contractions utérines douloureuses, dont elle rapporte le siège dans la région des reins.

L'utérus dans ces moments durcit, puis la douleur finie, se relâche pour rester simplement rétracté. Ces douleurs se renouvellent trois, quatre, cinq fois ou plus, et la femme demande si elle ne va pas accoucher de nouveau.

Frisson physiologique. — Il est fréquent de voir se manifester dans les premiers moments de la période de la délivrance, un frisson qui secoue plus ou moins violemment la femme, sans entraîner de modification de la température ni du pouls.

Ralentissement du pouls. — Pendant toute la période de délivrance, le pouls à l'état normal bat au-dessous de 80 pulsations à la minute. Ce ralentissement est normal. Il convient au contraire de craindre une hémorragie, si le pouls dépasse d'une façon continue 80 pulsations.

Variétés cliniques. — On dit que la délivrance est spontanée, — naturelle, — ou artificielle. Ces épithètes servent à indiquer différentes modalités cliniques.

Délivrance spontanée. — C'est la délivrance qui s'accomplit toute seule. Le plus souvent, au moment d'une contraction utérine douloureuse, la femme pousse et expulse l'œuf au dehors, incomplet. Il reste dans la cavité utérine une plus ou moins grande partie des membranes, souvent séparées au ras du bord du placenta. Celui-ci est alors suivant une expression courante "découronné."

Délivrance naturelle. — Dans ce mode de délivrance l'accou-

" (1) Nous empruntons ce chapitre, à l'excellent livre de Wallich : " Elements d'obstétrique", Steinhell éditeur 1907). Ce livre est un véritable *Tide-mecum* que nous recommandons tout spécialement aux étudiants.

COLLEGE DES
MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUEBEC

LISTE COMPLETE ET OFFICIELLE DES GOUVERNEURS
POUR 1907 - 1908.

*Les élections du collège des médecins de la province de Québec
viennent de se terminer, et nous en donnons ci-après
la liste complète des gouverneurs :*

DISTRICT DE MONTREAL.

Division No 1. — Quartiers St-Jacques et Sainte-Marie : MM. les docteurs A. R. L. Marsolais, 159, rue St-Denis, et S. Boucher, 765, Ontario Est.

Division No 2. — Quartiers Saint-Laurent et Saint-Louis : MM. les docteurs R. Boulet, 145, Sainte-Catherine Ouest et F. X. DeMartigny, 224 Sherbrooke Est.

Division No 3. — Quartiers Saint-Antoine et Sainte-Anne : MM. les docteurs J. A. Macdonald, 250 La Montagne, et A. L. Smith, 238, rue Bishop.

Division No 4. — Comtés de Joliette, l'Assomption, Montcalm et Berthier : M. le Dr J. A. Laurendeau, Saint-Gabriel de Brandon.

Division No 5. — Comtés de Terrebonne, Deux-Montagnes d'Argenteuil et Laval : M. le Dr Henri Prévost, Saint-Jérôme, comté de Terrebonne.

Division No 6. — Comtés d'Ottawa et Pontiac : M. le Dr J. E. D'Amours, Papineauville.

Division No 7. — Comtés de Beauharnois, Châteauguay, Huntingdon, Soulanges et Vaudreuil : M. le Dr C. O. Ostiguy, Valleyfield.

Division No 8. — Comtés de Shefford, Brome et Missisquoi : M. le Dr L. A. Lessard, de Granby.

Division No 9. — Comtés de Chambly, Iberville, Laprairie, Napierville et Saint-Jean : L'hon. Dr Jean Girouard, Longueuil.

Division No. 10. — Comtés de Saint-Hyacinthe, Bagot et Rouville : M. le Dr L. A. Beaudry, Saint-Hyacinthe.

[VOIR AU VERSO]

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Division No 11. — Comtés de Richelieu, Yamaska et Verchères : M. le Dr Isaïe Sylvestre, de Sorel.

Division No 12. — Comté d'Hochelaga Est : M. le Dr J. A. Rouleau, 699 Mont-Royal.

Division No 13. — Comté d'Hochelaga Ouest : M. le Dr E. G. Asselin, 481, rue Saint-Antoine.

DISTRICT DE QUEBEC.

Division No 1. — Québec Centre : MM. les docteurs C. R. Paquin, 415 rue Saint-Jean ; A. Simard, 42 rue Saint-Louis, et M. D. Brochu, 63 rue Saint-Jean.

Division No 2. — Québec Est, Ouest et Saint-Sauveur : MM. les docteurs C. E. Côté, 878 rue Saint-Valier, MM. les Drs A. Jobin, 44 rue Caron et Elz., Laberge, 139 rue Du Pont.

Division No 3. — Lévis et Lotbinière : M. le Dr J. E. Ladrière.

Division No 4. — Québec, Portneuf et Montmorency : M. le Dr P. Dalbec, de Saint-Casimir, comté de Portneuf.

Division No 5. — Charlevoix, Chicoutimi et Lac Saint-Jean : M. le Dr François Plourde, de Saint-Jérôme.

Division No 6. — Beauce et Dorchester : M. le Dr J. L. M. Genest, Saint-Bernard, comté de Dorchester.

Division No 7. — Comtés de Bellechasse, Montmagny et L'Islet : M. le Dr L. Moreau, L'Islet.

Division No 8. — Comtés de Kamouraska et Témiscouata : M. le Dr H. W. Blagdon, Saint-Philippe de Néri.

Division No 9. — Comtés de Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure et Iles de la Madeleine : M. le Dr J. F. Gauvreau, Rimouski.

DISTRICT DE TROIS-RIVIERES.

Division No 1. — Comtés de Drummond, Arthabaska et Mégantic : M. le Dr L. J. O. Sirois, Saint-Ferdinand d'Halifax.

Division No 2. — Comtés des Trois-Rivières et Champlain : M. le Dr P. Normand, de Trois-Rivières.

Division No 3. — Comtés de Saint-Maurice, Maskinongé et Nicolet : M. le Dr L. A. Plante, Louiseville.

DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS.

Division No 1. — Comtés de Sherbrooke : M. le Dr W. Lamy, de Sherbrooke.

Division No 2. — Comtés de Crompton, Stanstead, M. le Dr C. J. Edgar, North Hartley.

M. le Dr A. Thibault, de Wotton, a été nommé pour la division No 3, comprenant les comtés de Richmond et de Wolfe.

cheur intervient pour extraire le placenta, quand celui-ci décollé, distend le segment inférieur de l'utérus et le vagin, alors qu'il est encore retenu par l'adhérence des membranes.

Délivrance artificielle. — On comprend sous ce nom une opération dans laquelle on va décoller artificiellement le placenta dans l'utérus. Cette opération sera décrite à la dystocie de la délivrance.

On ajoute aussi au mot délivrance les épithètes *complète* ou *incomplète*, suivant que l'œuf se trouve extrait ou expulsé en totalité ou seulement en partie.

2° EXAMEN DE L'ŒUF EXPULSÉ. — L'œuf, vidé du fœtus et du liquide, est constitué par le placenta accompagné des membranes et du cordon. Il forme une masse en forme de poche, percée d'un orifice par où est sorti le fœtus. Cette poche pèse environ 500 grammes avec un fœtus né à terme et présentant un poids de 3 à 4 kilogrammes.

On peut facilement reconstituer la disposition de l'œuf dans la cavité utérine, en étalant cette poche l'orifice en bas, avec le cordon à l'intérieur. On voit alors que cette poche comprend deux parties distinctes : l'une membraneuse, l'autre charnue.

Partie membraneuse. — Elle est constituée par les trois membranes de l'œuf : amnios, chorion, caduque.

L'*amnios* est une membrane lisse, unie, qui recouvre la partie interne de la totalité de la poche, et se continue sur le cordon. On voit par transparence à travers l'*amnios*, au niveau de la portion charnue, les vaisseaux émanés du cordon s'étaler à la surface du placenta (face fœtale du placenta). On peut très facilement séparer l'*amnios* d'une membrane qui l'englobe dans toute son étendue, c'est le chorion.

Le *chorion* se trouve en dehors de l'*amnios* auquel il adhère, mais il est moins lisse que lui, plus épais, un peu rougeâtre, recouvert à son tour, mais irrégulièrement, de larges plaques adhérentes de caduque.

La *caduque* s'effrite et se déchire quand on cherche à la détacher du chorion. On comprend, en constatant cette fragilité, que la caduque, dans l'épaisseur de laquelle s'est fait le décollement, puisse rester retenue en partie dans la cavité utérine. En somme on considère l'œuf comme complet, lorsqu'il présente un amnios et un chorion entier et de larges placards de caduque.

Celle-ci est d'autant plus retenue dans la cavité utérine, que l'œuf est moins près du terme. Cette rétention est presque de règle dans l'accouchement prématuré.

Les membranes chorion et amnios se montrent dissociées et tout à fait séparées l'une de l'autre quand la rupture se produit tardive, plus ou moins longtemps après la dilatation complète. Les membranes dissociées sont moins solides, plus friables et fréquemment déchirées dans ces circonstances.

Partie charnue. — Le placenta constitue la partie charnue de la paroi de l'œuf.

Description du placenta. — Le placenta est une masse aplatie de forme *discoïde*, il présente : une *surface fœtale*, visible par transparence l'amnios, — et une *surface utérine*, charnue, saignante formée de gros bourgeons, appelés *cotylédons*, séparés par des seissures et des sillons plus ou moins profonds.

La surface des cotylédons, ou surface utérine est constituée par de la caduque, dans l'épaisseur de laquelle s'est opérée une seissure au moment de la délivrance. De telle sorte qu'une partie de la caduque est restée adhérente au placenta, pendant qu'une autre partie demeurerait attachée dans la cavité utérine.

Le tissu placentaire est constitué par une intrication des parties fœtales (chorion) et de parties maternelles (caduque).

La partie fœtale du placenta c'est le chorion, qui suit les arborisations vasculaires du cordon ombilical. Ces arborisations recouvertes de chorion, forment un chevelu léger qu'on voit flotter dans l'eau, ce sont les *villosités choriales*. Ces villosités ou bien flottent, "villosités libres," baignées par du sang maternel, qui charrie l'oxygène et les éléments nutritifs pour le fœtus ou bien vont se cramponner à la caduque pour former les villosités crampons."

Les espaces compris entre les villosités sont les *sinus* ou lacs sanguins maternels (1).

La partie matérielle du placenta, c'est la caduque, qui porte dans son épaisseur les vaisseaux sanguins maternels, et qui limite les sinus en allant s'attacher au chorion par *des piliers*, ou en recevant des attaches de chorion par les *villosités crampons*. Tout le bord du placenta est formé par de la caduque très adhérente au

(1) Le sang fœtal n'arrête pas au contact du sang maternel dont il se trouve séparé dans la villosité par : l'*endothélium* du capillaire fœtal. — le *ti sus muqueux* de la villosité ; — l'*épithélium* de la villosité (couche protoplasmique contenant des noyaux) appelé *syn-ti-ti*.

chorion, et qui se trouve irrégulièrement creusée à ce niveau, d'une cavité appelée le *sinus circulaire*.

L'adhérence du placenta à l'utérus est donc faite de l'union du chorion et de la caduque.

Siège de placenta. — On peut, par l'examen de l'œuf après la délivrance, connaître la hauteur du siège du placenta dans la cavité utérine. Pour cela, on mesure la distance comprise entre les bords de l'orifice de la poche, et les bords du placenta. Si cette distance est inférieure à dix centimètres, dimensions attribuées au segment inférieur de l'utérus, on en conclut que l'insertion est basse, "prævia," ou sur le segment inférieur. On constate le plus souvent que le placenta siège sur les côtés de la poche, exceptionnellement sur le fond, contrairement à ce que l'on croyait autrefois.

3° *PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE.* — La physiologie de la délivrance peut être divisée en trois actes principaux, appelés aussi "les temps de la délivrance": 1° le décollement du placenta; 2° la descente du placenta; 3° la sortie ou le dégagement du placenta et des membranes.

Premier temps. — Décollement. — On a longtemps discuté pour savoir comment s'opérait le décollement du placenta adhérent dans l'utérus. Toutes les anciennes hypothèses sont tombées devant les constatations anatomiques, faites sur des utérus congelés et coupés. Le décollement se fait, suivant l'expression de Pinard et Varnier, par "enchâtonnement."

L'*enchâtonnement* est un phénomène physiologique, constant, nécessaire à la production du décollement. Le muscle utérin se contracte, s'épaissit tout autour du placenta, et reste mince dans les portions où le placenta adhère. L'épaississement, c'est-à-dire la contraction, enferme, encercle, enchâtonne le placenta et le décolle.

Quand le décollement est achevé, le muscle utérin présente une épaisseur uniforme et l'on peut constater que l'épaississement se montre très accentué dans les deux tiers supérieurs de l'organe, le col et le segment inférieur restant mous et relâchés.

C'est à tort que l'enchâtonnement a été pendant longtemps regardé comme un phénomène pathologique. Cette opinion avait

pris naissance parce qu'on constatait l'enclôttement du placenta chaque fois qu'on pratiquait la délivrance artificielle. Cela n'était pas extraordinaire, puisque, dans ces circonstances, on allait décoller avec la main le placenta. Il fallait donc pénétrer dans la loge utérine où le placenta se trouvait enfermé, *enchâtonné*, parce qu'il n'était pas décollé.

Le décollément s'accomplit spontanément et se trouve généralement achevé au bout de la demi-heure qui suit l'accouchement.

Deuxième temps. — Descente. — Le placenta décollé, l'utérus reprend toute son épaisseur normale, et chasse en se contractant et même par sa rétraction, le placenta à travers le segment inférieur de l'utérus, le col et le vagin.

Le placenta décollé descend au milieu de parties molles, affaissées, plissées comme les plis d'un accordéon. En remplissant et en distendant les parties molles, il soulève en bloc la partie de l'utérus contractée. Il se produit alors un *mouvement ascensionnel* du fond de l'utérus qu'on peut apprécier au palper et qui témoigne de la descente et de la progression du placenta.

La présentation du placenta. — Le plus souvent, le placenta, siégeant sur les parties latérales de l'utérus ou sur le fond de cet organe, se trouve, après le décollément, chassé le cordon en avant, il s'inverse et descend le cordon le premier. C'est la *présentation de la face fœtale*.

Du sang peut s'accumuler dans l'utérus derrière le placenta, sans paraître au dehors. L'utérus alors se distend, et à mesure qu'il se distend, ses vaisseaux deviennent de plus en plus béants. Dans ces circonstances, l'utérus augmente de volume et le pouls s'accélère, bien avant que la femme pâlisse ou éprouve un malaise.

La présentation de la face utérine ou du bord du placenta, s'accompagne toujours d'un écoulement sanguin, qui provient directement des points qui se décollent. Ce sang s'écoule sans obstacles au dehors.

Dans toute cette période de descente du placenta, les membranes tiennent encore, adhérent à l'utérus.

Troisième temps. — Dégagement. — Le segment inférieur de l'utérus, le col et le vagin facilement musclés, ne peuvent pas, par leur propre contractilité, chasser à travers l'orifice coccy-pubien et la vulve, le placenta qui tient encore par les membranes.

Il faut donc que celui-ci soit chassé par une poussée, ou extrait artificiellement.

Expulsion naturelle. — Elle peut s'opérer sous l'effort de la poussée abdominale. La femme en poussant chasse son utérus contracté, comme un piston sur le placenta et celui-ci progresse. Toutefois, comme le placenta tient encore par les membranes, ces dernières se trouvent pincées pendant la contraction utérine. On comprend que, si la poussée a lieu au moment de la contraction, le placenta progresse pendant que les membranes sont retenues, ce qui entraîne la déchirure des membranes, conséquence habituelle de la *délivrance spontanée*.

Il est donc préférable de diriger l'expulsion pour le placenta, comme on le fait pour l'expulsion du fœtus, de telle sorte que la sortie du placenta arrive à s'effectuer *dans l'intervalle des contractions*.

L'extraction artificielle. — L'extraction artificielle est communément employée, il convient de ne la faire qu'en dehors des contractions utérines. Elle n'est pas considérée comme une intervention, et garde le nom de *délivrance naturelle*, tant que l'on n'a pas à décoller le placenta.

4° PROCÉDÉS DE DÉLIVRANCE NATURELLE. — La délivrance naturelle consiste dans l'extraction du placenta décollé.

Quel que soit le procédé mis en œuvre, il est rationnel de n'y recourir que lorsqu'on a la certitude que le placenta est décollé. Ce décollement est généralement accompli quand une demi-heure s'est écoulée depuis la sortie du fœtus.

On peut s'assurer que le décollement est effectué soit par le palper, soit par le toucher.

Par le palper. — Si le décollement n'est pas fait, on constate, en appuyant sur le fond de l'utérus, que le cordon remonte dans l'orifice vulvaire, au moment où l'on cesse d'appuyer. Si le placenta est décollé, une pression exercée sur le fond de l'utérus, fait un peu ressortir le cordon, ou bien n'a aucune influence sur celui-ci. Ce moyen d'investigation, journellement indiqué par Pinard dans son enseignement oral, est assez fidèle.

Par le toucher, on a la certitude que le décollement est opéré lorsqu'on arrive sur l'insertion placentaire du cordon.

Lorsqu'on a la certitude que le décollement est achevé, on peut

procéder à la délivrance naturelle, qui peut être faite par *traction* sur le cordon, — ou par *expression*.

Traction sur le cordon. — C'est le procédé le plus usité en France.

Manuel opératoire. — Pour le mettre en œuvre, les deux mains vont agir de concert : l'une saisira le cordon dans un morceau de ouate stérilisée pour tirer, l'autre sera placée sur le ventre, *pour percevoir la contraction utérine* et arrêter aussitôt toute traction de l'autre main. Le rôle de la main abdominale est capital.

Le sens des tractions, suivant l'indication de Picard, doit être en sens inverse de l'insertion du cordon. L'insertion est-elle à droite, on tire à gauche, on tire en bas si elle est en haut, en haut si elle est en bas, etc.

On doit interdire à la femme de pousser pendant les contractions. Mais dans l'intervalle de ces contractions sa poussée réglée, modérée, dirigée, facilite le dégagement du placenta, qui fait bomber le périnée, et traverse l'orifice vulvaire.

Pinard conseille d'aider à la sortie du placenta en exerçant une pression sur le fond de l'utérus, pendant qu'on exerce des tractions sur le cordon. Mais cette pression ne doit être exercée que, dans l'intervalle des contractions.

Tout n'est pas fini quand on a reçu le placenta dans la main vulve, le placenta est encore suspendu *par les membranes*. Il faut continuer à le soutenir, et ne le laisser peser sur les membranes que très progressivement, toujours *dans l'intervalle des contractions*.

Il n'est pas rare de voir l'utérus rester dur assez longtemps dans cette période, mais on doit être très patient et attendre le relâchement de l'organe. A ce moment, les membranes se trouvant libérées, sortent, suivant une expression imagée, *comme bavées*.

Un procédé, conseillé déjà depuis longtemps, consiste à tordre le placenta à la vulve, pour enrouler les membranes en un faisceau résistant ; cela ne doit être fait que très lentement, et en s'assurant constamment que l'utérus est mou pendant cette manœuvre.

Expression. — On désigne sous ce nom une manœuvre ayant pour but de saisir l'utérus dans la main, et de l'exprimer, en re-

fermant les doigts, comme on exprimerait une éponge, dans le but de renforcer la contraction utérine, au point de hâter le décollement du placenta et son expulsion.

L'expression a été indiquée en Allemagne pour la première fois, par Crédé, en 1853; elle devait être exécutée tout d'abord, *immédiatement* après l'accouchement et pendant les contractions, mais l'on a peu à peu renoncé à cette façon de faire. L'expression, en Allemagne, se pratique aujourd'hui une *demi-heure* au plus tard après l'accouchement, c'est-à-dire alors que le placenta est décollé.

Pinard recommande l'expression (pratiquée dans l'intervalle des contractions et après décollement du placenta) dans les cas où le cordon n'est pas solidement attaché, par exemple dans l'insertion du cordon sur les membranes (insertion vélamenteuse). Il recommande la même méthode dans les cas où le placenta se présentant par le bord ou la face utérine, l'insertion du cordon sur le placenta se trouve dirigée vers la cavité utérine. C'est cette expression, qu'on emploie à la Clinique Baudelocque, sous le nom *d'expression française*.

Cette expression française diffère totalement de l'expression allemande. Elle est pratiquée dans l'intervalle des contractions et après le décollement du placenta. Elle a pour but de faire sortir le placenta des parties utérines ou vaginales non contractiles.

CHRONIQUE

Sir William Perkin, le fondateur de la chimie des teintures d'aniline, est mort à Londres, le 14 juillet, à l'âge de 69 ans.

L'aniline qui était une curiosité de laboratoire a permis à Perkin, par sa merveilleuse découverte de 1869 de faire naître une industrie des plus florissantes aujourd'hui : celle des matières colorantes artificielles.

Cette industrie a pris un développement colossal ; elle est remarquable par la multiplicité et l'éclat incomparable des produits qu'elle met en œuvre, et auxquels elle doit ses merveilleux progrès.

Elle a mis à la disposition du teinturier une gomme extrêmement riche, où toutes les teintes sont amplement représentées, avec des différences imperceptibles.

Les couleurs d'aniline sont aussi d'un aide précieux dans les laboratoires de bactériologie et d'histologie, où elles sont couramment employées pour la coloration des pièces à examiner au microscope.

On se rend facilement compte que l'œuvre de Perkin a été fructueuse et utile pour l'industrie et la science.

L'an dernier on célébrait en Angleterre et aux États-Unis le jubilé de la première découverte de Perkin : la couleur mauve.

Suicides chez les écoliers en Allemagne. — L'Allemagne, pays des philosophes, détient le record du monde entier pour le suicide.

Cela doit être dû tout probablement au fait qu'il existerait encore un grand nombre de partisans du système pessimiste du philosophe Schopenhauer, qui considérait la vie comme un mal, et qui allait jusqu'à conseiller tout au moins une sorte d'annihilation universelle de toute vie.

On constate que le suicide, chez les écoliers et les jeunes personnes, a augmenté dans des proportions inquiétantes.

Le professeur Eulenburg rapporte que durant les douze dernières années il a retracé 1152 suicides chez les enfants.

Dans la majorité des cas, la cause du suicide était, ou un échec à des examens ou du surmenage à l'école.

— Ne nous inquiétons pas, l'amour de l'étude et du travail n'est pas encore assez développé dans notre pays pour servir de bouillon de culture à ce désastreux microbe du suicide !

Les médecins doivent être cuisiniers. — Un médecin de Berlin, le docteur Wilhelm Sterberg, a entrepris d'introduire un cours d'art culinaire dans le programme des études médicales.

Il considère que les médecins ont l'habitude de prescrire une diète à leurs patients en ne tenant compte que des ingrédients chimiques ; ils négligent trop l'importance qu'il y a à présenter les mets sous une forme appétissante. C'est pour cette raison que le docteur Stenberg voudrait que tous les médecins fussent des cuisiniers experts.

Au Canada, où un grand nombre de médecins ont conservé la délicieuse habitude de jouir de la vie primitive pendant la saison de la pêche et de la chasse, on s'est habitué à se sut. e à soi-même et, tout en se livrant aux sports des indigènes du pays, on ne néglige pas de satisfaire ses caprices gastronomiques.

Ainsi je connais tel confrère qui a une vraie passion pour l'art culinaire ; il a la prétention de préparer un pot-au-feu, de rouler une omelette, d'apprêter les sauces et de faire mousser les œufs à la neige comme le cordon-bleu le plus expérimenté. Ces exemples sont assez fréquents chez nos médecins.

Collège des médecins. Résultat des élections des gouverneurs pour le triennat 1907-1910. — La profession médicale de notre province a réélu à son parlement dix-neuf des anciens gouverneurs. Dix-sept gouverneurs apporteront du sang nouveau et un nouvel entrain dans les délibérations.

Gouverneurs réélus : — R. Boulet, Montréal ; M. D. Brochu, Québec ; F. X. P. Dolbec, St-Casimir ; Hon. J. Girouard, Longueuil ; J. L. M. Genest, St-Bernard ; A. Jobin, Québec ; J. E. Ladrière, Lotbinière ; J. A. Laurendeau, St-Gabriel de Brandon ; J. A. Lessard, Granby ; J. A. Macdonald, Montréal ; A. R. Marsolais, Montréal ; L. M. Moreau, L'Islet ; L. P. Normand, Trois-Rivières ; C. O. Ostigny, Valleyfield ; L. A. Plante, Louiseville ; J. A. Rouleau, Montréal ; A. Simard, Québec ; L. J. O. Sirois, St-Ferdinand d'Halifax ; A. Thibault, Wotton.

Nouveaux gouverneurs : — E. G. Asselin, Montréal ; L. A. Beaudry, St-Hyacinthe ; H. W. Blagdon, St-Philippe de Néri ; S. Boucher, Montréal ; C. E. Côté, Québec ; J. E. D'Amours, Papineauville ; F. X. De Martigny, Montréal ; C. J. Edgar,

North Hatley ; J. F. Gauvreau, Rimouski ; E. Laberge, Québec ; W. Lamy, Sherbrooke ; C. R. Paquin, Québec ; F. Plourde, St-Jérôme ; H. Prévost, St-Jérôme ; A. L. Smith, Montréal ; I. Sylvestre, Sorel.

Résultat des élections du nouveau bureau pour 1907, 08, 09, 10.

Président : M. Normand, des Trois-Rivières ; *Vice-présidents* : M. Laffeur, de Montréal ; M. Simard, de Québec ; *Secrétaires* : M. Paquin, à Québec ; M. Macdonald, à Montréal ; *Régistrare* : M. Boucher, à Montréal.

Nouvelle salle d'opération. — Les Sœurs de la Providence viennent de faire l'installation d'une magnifique salle d'opération, à leur maison de la rue Fullum, pour l'usage exclusif des membres de leur communauté.

Cette salle est pourvue des appareils les plus modernes et offre les plus grandes sécurités pour la pratique de l'asepsie.

L'inauguration pratique en a été faite par M. Leblanc, médecin de l'institution, et par MM. Marien et Rhéaume, chirurgiens.

Canadian Medical Association. — La "Canadian Medical Association" a eu son assemblée annuelle à Montréal, du 11 au 13 septembre dernier.

Le programme comprenait surtout la discussion des deux sujets suivants : 1° Méningite cérébro-spinale épidémique ; 2° Hypertrophie de la prostate.

Le Dr H. D. Rolleston, médecin du St George's Hospital de Londres, était le rapporteur en médecine, tandis que le Dr Ingersoll Olmsted, de Hamilton, était le rapporteur en chirurgie.

Un grand nombre d'autres travaux intéressants ont été lus : mais, à ce congrès comme aux nôtres, la quantité des communications et le temps limité de la réunion n'ont pas permis de faire la discussion, de sorte que *plusieurs opinions aventureuses et risquées n'ont pas pu être relevées.*

Il a été décidé que la prochaine réunion aurait lieu à Ottawa, l'an prochain.

Le Dr Fred. Montizambert (Ottawa) a été élu président ; le Dr Geo. Elliot (Toronto) secrétaire général ; Dr H. B. Small (Ottawa) trésorier.

“ Canadian Medical Protection Association. ”— Les membres de la “ Canadian Medical Protection Association ” se sont réunis à Montréal, en même temps que la “ Canadian Medical Association, ” sous la présidence du docteur Powell, d'Ottawa.

Cinq cents médecins sont déjà enrôlés dans cette ligue de protection mutuelle.

Nous croyons pouvoir affirmer qu'en outre des attributions qu'elle s'était imposées lors de sa fondation, la “ Protection Association ” a pratiquement décidé d'organiser une caisse de secours pour ses membres devenus invalides et dans la nécessité, ou pour les veuves laissées sans ressources.

Comme la profession compte au Canada le chiffre respectable de 5641 médecins, il serait relativement facile d'acquérir une force qui nous permettrait de rendre des services pratiques aux membres ou aux parents des sociétaires.

Il est de notre devoir à tous de s'enrôler le plus tôt possible !

Assistance par le travail pour les veuves et orphelins de médecins. — Nous venons de recevoir de l'“ Association générale des médecins de France ” une circulaire, que nous nous faisons un devoir d'exposer à nos lecteurs pour leur montrer ce qui se fait chez les médecins de France pour la protection mutuelle.

“ L'Association Générale des Médecins de France, estimant que, pour assister efficacement les veuves et orphelines valides laissées dans le besoin ou dans la gêne par ses sociétaires, il y a lieu de leur procurer du travail et des situations en rapport avec leurs aptitudes, plutôt que de leur donner des secours continus, trop souvent insuffisants et inefficaces, a, dans son Assemblée générale

du 14 avril 1907, décidé, conformément aux conclusions du rapport présenté par M. le Dr Bouloumié, au nom de sa commission spéciale d'assistance, d'organiser un double service d'*Assistance par le travail* et de *placement*.

De plus, le désir a été manifesté que l'organisation de ces services, tels qu'ils ont été prévus pour la Société centrale, soit étendue à la France entière avec le concours des Sociétés unies, afin que partout les protégées de l'Association générale puissent en bénéficier.

Le but poursuivi est le *placement*, qui assure aux assistées une situation stable. Mais la recherche d'un emploi à la convenance de chacune d'elles demande parfois un temps bien long ; l'*Assistance par le travail*, immédiatement offerte, donnera le moyen de l'attendre et le facilitera.

Pour réaliser l'un et l'autre, la Société centrale a nommé une *Commission spéciale d'Assistance*, qui délègue ses pouvoirs, en ce qui concerne les relations avec les assistées, à un *Comité de Dames*. Elle a ouvert, dans les bureaux de son secrétariat, un registre d'*offres et demandes d'emplois*, exclusivement en vue des protégées du corps médical, et s'est assuré le concours, d'une part, du *Syndicat de la Presse Médicale*, pour faire donner à ces offres et demandes toute la publicité nécessaire, d'autre part, des *Œuvres d'Assistance par le travail*, pour qu'un travail en rapport avec les aptitudes et les besoins de chaque assistée puisse lui être immédiatement procuré.

La création de ce nouveau service ne saurait manquer d'avoir l'approbation du corps médical tout entier, qui n'ignore pas à quelles difficultés on se heurte quand il s'agit de soulager efficacement une infortune qui doit durer autant que la vie et combien est grand le nombre de familles médicales qui, après la mort de leur chef, vivant dans la gêne et l'appréhension du lendemain, ne veulent pas solliciter un secours, mais seraient heureuses de trouver le moyen d'améliorer leur situation."

Société Médicale de Montréal. La Société Médicale de Montréal continuera ses séances régulières le 1er et le 3ème mardi de chaque mois comme par le passé.

Les médecins sont priés d'assister régulièrement aux séances où on y trouve toujours l'occasion de s'instruire.

Z. RIÉAUME.

SOCIÉTÉS

ASSOCIATION MEDICO CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

Séance du 9 septembre 1907

Présidence de M. J. C. BEAUDRY.

Présents : Siméon Martineau, Lavaltrie ; A. M. Rivard, Joliette ; J. A. Biron, L'Assomption ; J. O. Gadoury, Berthierville ; J.A. Massé, St-Thomas ; Charles Bernard, Joliette ; J. J. Sheppard, Joliette ; J. Lippé, St-Ambroise de Kildare ; V. Geoffrion, L'Assomption ; Henri Archambault, St-Gabriel de Brandon ; J. Desrosiers, St-Félix de Valois ; Téléphore Morin, St-Lin ; J. Paquet, Ste-Elisabeth ; A. Lamarche, St-Henri Mascouche ; Philippe Désy, St-Barthélemy ; J. Marion, Joliette ; Th. Gervais, Berthierville ; J. O. Beaudry, St-Jacques ; Edgar Turgeon, St-Jean de Matha ; J. P. Laporte, Joliette ; A. Ribardi, St-Ambroise ; Louis Olivier, St-Alphonse ; Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon ; MM. Silvio Roch de St-Gabriel de Brandon ; Louis Olivier de St-Alphonse ; et L. A. Lamarche de St-Henri Mascouche ; sont membres de l'Association.

Re. tarif médical des Compagnies d'Assurances. — Le secrétaire donne lecture de lettre, de la part des compagnies l'Equitable, la Mutual of New-York, La Sauvegarde, et la Travellers, annonçant qu'elles paieront à l'avenir \$5.00 pour leurs examens médicaux, quel que soit le montant de l'assurance.

Dr LAURENDEAU. — Il me fait beaucoup plaisir, Messieurs, de constater que les Compagnies d'Assurances citées plus haut ont décidé d'accorder à l'avenir \$5.00 pour chacun de leurs examens.

Je me contenterai à ce sujet, de rapporter ce que m'écrivait ces

jours derniers le médecin en chef de la Sarvegarde, M. le Dr E. P. Lachapelle :

“ Je n'ai jamais douté que les Assurances réaliseront bientôt qu'il y va de leur propre intérêt de ne pas déprécier la valeur des services du médecin, et que s'il y a des économies à faire, c'est d'un autre côté, qu'il faut chercher.”

Il est un point toutefois, sur lequel je désire attirer votre attention : c'est que toutes les compagnies d'assurance ne se rendront pas sans résistances soyez en sûrs, — et la petite anecdote suivante est démonstrative à ce sujet.

Un agent de St-Gabriel de Brandon représentant la Travellers Ins. Co. a eu l'occasion de me faire faire quelques examens de temps à autre, pour lesquels il fut obligé d'y mettre chaque fois deux dollars de sa poche afin de compléter le prix de ces examens. Dès qu'il eut été informé que certaines compagnies avaient modifié leur tarif, il s'empressa d'écrire au gérant de l'assurance qu'il représente, pour lui exposer ces faits. et vous communique la réponse qu'il en reçut :

Edmond Paquin, Esq.

St-Gabriel de Brandon, Que.

Dear Sir,

I have taken up with our Home Office the matter of fees for Medical examinations and particularly for examinations made at St. Gabriel de Brandon, and am glad to be able to advise the Company have agreed to pay the flat \$5.00 fee at that point. Trust this will be of some assistance to you.

Yours truly,

F. F. Parkins,
Manager for Canada.

Comme conclusion : tous les médecins devraient se faire un devoir de ne faire aucun examen à moins de \$5.00 cinq dollars, 1° parce que cela vaut \$5.00 et 2° parce que ce ne serait que justice pour les compagnies qui maintenant nous traitent convenablement.

Et j'espère que sous les circonstances nous ne verrons plus de ces médecins *marrons*, parcourir la province au mépris des règles déontologiques et de la solidarité professionnelle.”

M. le Dr J. Sheppard dit que les compagnies d'assurances en général ont fait beaucoup moins d'affaires cette année que les années précédentes et attribue cette diminution, surtout au fait que les médecins n'étaient pas rétribués suivant leur mérite.

Le Dr Henri Archambault dit que pour ce qui concerne les sociétés de secours mutuel, il suffit d'exiger \$2.00 par examen pour les obtenir. Mais il semble que ces sociétés profitent du fait que malheureusement, dans plusieurs localités, certains consentent à faire leur ouvrage au rabais. — Toutes les sociétés faisant du recrutement à St-Gabriel de Brandon paient \$2.00 par examen, mais il est à ma connaissance que les Artisans, dont je suis le médecin examinateur, ont donné instruction à la Cour de St-Gabriel, de n'accorder ce montant que s'il lui était impossible de faire faire ses examens à meilleur marché : voilà pourquoi l'on m'accorde \$2.00. Je sais aussi que les Forestiers Catholiques paient \$2.00 chaque examen, à St-Gabriel de Brandon, à leurs médecins respectifs.

Proposé par le Dr Henri Archambault, secondé par le Dr L. P. Désy : Que l'Association paie un an d'abonnement à chacun de ses membres, à l'un de nos journaux de médecine de la province. Adopté.

Election des officiers : M. le Dr Charles Bernard, de Joliette est nommé Président ; Th. Gervais de Berthier, Vice-Président ; Albert Laurendeau, de St-Gabriel de Brandon, Secrétaire-Trésorier ; MM. J. O. Gadoury, de Berthierville et H. Desrosiers, de St-Félix de Valois, membres du comité de Régie ; A. M. Rivard, J. Sheppard, J. Marion, de Joliette et Ph. Désy de St-Barthélemy, membres du tribunal de déontologie ; MM. A. M. Rivard, J. Sheppard et Ch. Bernard, membres du comité des charlatans.

M. le Dr Beaudry, président sortant de charges, souhaite la bienvenu aux nouveaux officiers, — M. le Dr Bernard remercie les membres de l'association de l'honneur qui lui est faite en lui accordant la présidence, puis l'Association adopte un vote de remerciements aux officiers sortant de charge.

Le Secrétaire fait rapport que l'Association a en mains un surplus de \$306.65. (Quelqu'un fait remarquer que c'est un joli surplus, sans compter que le rebouteur Mireault n'est pas encore mort.)

Le Dr Laurendeau fit une conférence sur l' " Univers, la Vie, l'Homme, la Science et les Testaments." La salle de l'Hôtel de Ville où eut lieu la réunion de l'Association était remplie d'hommes instruits de toutes les parties du district, invités à entendre cette communication à la fois d'ordre scientifique et médical.

ALBERT LAURENDEAU.

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA.

Présents : L. O. Noël et L. J. O. Sirois, de Saint-Ferdinand ; Eug Lacerte, Eug. Beaudet et Art. Marcoux, de Thetford Mines ; C. P. Paradis, de Black Lake ; A. J. Boisvert, de Plessisville ; Omer E. Desjardins, de Ste-Anastasia ; et L. G. Rousseau, de Pittsburg.

Sur proposition du Dr Sirois, le Dr Noël préside à cette réunion. Adopté.

Proposé par le Dr Sirois, secondé par Dr E. Lacerte, que le Dr Art. Marcoux, soit admis membre de cette association. Adopté.

Proposé par le Dr Sirois, secondé par Dr C. P. Paradis, que le Dr Rousseau, de Pittsburg, et retiré à Saint-Ferdinand, soit admis membre honoraire. Adopté.

Le Dr Sirois donne lecture d'une lettre explicative du Dr P., en réponse à la motion de censure adoptée à la dernière réunion.

La question du tarif des examens médicaux pour les compagnies à stock est encore discutée et finalement le *Statu quo* est maintenu.

La question de la tuberculose vient sur le tapis et donne lieu à la recherche d'une solution ; à savoir : y a-t-il plus de cas de tuberculose dans les centres miniers qu'ailleurs. Les médecins de Thetford nous renseignent à ce sujet et nous font part qu'il n'y a pas plus de cas chez eux qu'ailleurs.

Le Dr Lacerte nous fait part de quelques observations de " pleurésies purulentes " et insiste sur le traitement opératoire qui donne de beaux résultats.

Des remerciements sont votés au Dr Lacerte. Puis l'assemblée s'occupe encore une fois de l'imbroglio du Dr R. vs Dr D. et à ce sujet les Docteurs Sirois et Belleau iront en cour, au nom de la Société, témoigner en faveur du défendeur. La conduite de la défense est la sauvegarde d'un principe, depuis longtemps par la profession, et tout aide est assuré au défendeur pour son triomphe.

Proposé par les Drs Lacerte et Beaudet, secondé par les Drs Marcoux et Paradis, que la réunion de janvier ait lieu à Thetford Mines. Adopté.

OMER E. DESJARDINS,
Secrétaire.

ANALYSES

MEDECINE

L'Ophthalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde, par M. le PROFESSEUR CHANTE-MESSE, membre de l'Académie de médecine. *Tribune médicale*, 4 sept. 1907.

Dans la première quinzaine de mai, le Dr von Pircket (de Vienne) fit connaître à la Société de Médecine de Berlin qu'en inoculant sur un point scarifié de la peau un peu de tuberculine, il provoquait chez les personnes atteintes, d'une manière visible ou invisible, par la tuberculose, une réaction cutanée caractéristique. Cette réaction faisait défaut chez les personnes saines.

Quelques jours plus tard, le Dr Wolff-Eisner annonça à la même société que l'ophtalmo-réaction par la tuberculine se manifestait très énergiquement lorsqu'on instillait cette toxine dans l'œil des individus atteints de tuberculose.

Les constatations, en ce qui regarde la tuberculose, de von Pircket et celle de Wolff-Eisner, ont été contrôlées en France et confirmées, tout d'abord par M. Vallée pour la réaction cutanée et oculaire des bovidés tuberculeux, et par M. Calmette pour la réaction oculaire chez l'homme.

J'ai de mon côté tenté de savoir si les malades atteints de fièvre typhoïde avaient, vis-à-vis du poison typhique, une sensibilité particulière de la conjonctive, sensibilité qui manquerait chez les gens indemnes de cette fièvre et qui pourrait être utilisée par un diagnostic très précoce et très visible.

Il fallait pour cette recherche obtenir une toxine typhique réduite en poudre sèche, pondérable et active sous une fraction de milligramme. En précipitant par l'alcool absolu une solution forte de toxine typhoïde soluble, j'ai obtenu une poudre qui, à la dose de un cinquantième de milligramme dissous dans une goutte d'eau et instillé sous la paupière inférieure, donne un ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde très net, soit positif, soit négatif.

Cette recherche n'offre aucun inconvénient; la température et l'état général ne sont pas modifiés. Je puis l'affirmer pour l'avoir observé un grand nombre de fois.

Chez les personnes saines ou qui souffrent d'une autre maladie que la fièvre typhoïde, deux à trois heures après l'instillation d'une goutte d'eau, tenant en solution un cinquantième de milligramme de toxine pesée sèche, il se fait un peu de rougeur, un peu de larmoïement, le tout disparaissant au bout de quatre à cinq heures et le lendemain, l'œil injecté est absolument semblable à l'œil non injecté.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde ou en convalescence de cette maladie, la réaction est beaucoup plus forte ; elle atteint son maximum entre six et douze heures et elle se prolonge jusqu'au lendemain, elle est caractérisée surtout par de la rougeur, du larmoïement et de la production d'un exsudat séro-fibrineux. En regardant le malade même de loin vingt-quatre heures après l'instillation, on reconnaît encore, à sa rougeur légère, l'œil qui a été traité. Le plus souvent l'ophtalmo-diagnostic positif est encore reconnaissable après deux et même trois jours.

La différence entre les malades atteints de fièvre typhoïde et les autres soumis à la même réaction est donc tout à fait manifeste.

L'ophtalmo-diagnostic est-il un signe précoce de la dothiéntérie ? Je ne puis encore l'indiquer par des chiffres précis. Il me suffira de dire que vis-à-vis de la toxine typhique, l'œil du lapin sain réagit comme l'œil de l'homme indemne de fièvre typhoïde, tandis que l'œil du lapin qui a été inoculé depuis quarante-huit heures avec une injection sous la peau de bacilles typhiques se comporte comme l'œil d'un homme atteint de dothiéntérie.

Après un grand nombre d'expériences, j'estime que cette recherche de l'ophtalmo-diagnostic est sans danger et qu'elle permettra au médecin et au malade de reconnaître en quelques heures, inscrit sur la paupière, le diagnostic de la maladie dont ce dernier souffre ou dont il a souffert.

RADIOLOGIE.

Avortement provoqué par les Rayons Roentgen, dans Scalpel, '07.

journal allemand (3 août dernier) la relation du premier cas d'avortement qui ait été provoqué chez la femme par l'irradiation roentgénienne des ovaires et de la glande thyroïde.

Il s'agissait d'une femme tuberculeuse, enceinte de 3 mois, chez qui la grossesse avait déterminé une grande altération de l'état général, due principalement à des vomissements incoercibles. Comme en même temps les lésions pulmonaires s'aggravaient avec une rapidité singulière, Frænkel prit l'avis d'un confrère et l'on fut d'accord pour interrompre la grossesse.

L'état général paraissait si précaire que Frænkel n'osa pas tenter l'intervention opératoire et qu'il résolut d'essayer d'obtenir l'avortement par l'emploi des rayons X.

Après 25 séances de 5 à 10 minutes de durée, l'on assista à une fausse-couche spontanée accompagnée de contractions douloureuses et d'une hémorragie qui cessa après l'évacuation complète de l'utérus.

Cette fausse-couche fut traitée par l'expectation la plus rigoureuse, car il ne fut fait usage d'aucun instrument ; le toucher vaginal même ne fut pas pratiqué.

Les séances d'irradiation roentgénienne portèrent alternativement sur les ovaires et sur la glande thyroïde et dans le premier cas les choses étaient disposés de façon à ce que l'action des rayons X fût strictement localisée aux régions ovariennes et n'influencât nullement l'utérus.

Fränkel pense que l'interruption est plutôt due à des processus dégénératifs provoqué par les rayons X dans les deux glandes irradiées qu'à l'intervention plus ou moins hypothétique de leucotoxines röntginiennes.

La preuve de l'influence exercée sur la sphère génitale par l'irradiation röntgénienne de la glande thyroïde est fournie par les cas dans lesquels le traitement du goitre par cette méthode a été suivi de modifications temporaires très marquées de la fonction menstruelle.

Fränkel relate différents de ces cas, parmi lesquels celui d'une femme porteuse d'un goitre peu volumineux qui fut soumis à 8 séances de röntgénisation de 7 à 10 minutes de durée. Les règles qui survinrent dans les jours suivants, apparurent avec un retard de 8 jours, et furent incomparablement moins abondantes et moins longues que d'ordinaire. Ces modifications de type menstruel ne s'effacèrent qu'après quelques mois.

Les expériences "in anima vili" démontrent d'autre part nettement l'influence abortive de l'irradiation röntgénienne de l'ovaire.

Fränkel propose d'utiliser l'action atrophiante des rayons X sur la glande sexuelle dans le traitement de l'ostéomalacie et de faire précéder l'ovariotomie si efficace dans cette maladie d'un essai de radiothérapie.

CHIRURGIE.

Chirurgie de l'œsophage. (*Soc. de Chirurgie*, juin 1907. Paris.)

M. Tuffier est intervenu récemment pour un cas de cancer de l'extrémité inférieure du cardia en exécutant l'opération suivante. Une anse de jéjunum d'environ 18 centimètres de long est sectionnée; la continuité du tube digestif est immédiatement rétabli par un bouton de Murphy. Le bout inférieur de l'anse isolé est abouché à l'estomac, le bout supérieur est conduit sous la peau du sternum et abouché à la peau à 10 centimètres de l'appendice xiphoïde.

Le malade s'alimente par cette anse transformée en œsophage et est bien vivant.

Deux cas de mort après anesthésie par la scopolamine-morphine associée au chloroforme. (*Soc. de chirurgie*. Paris, juin 1907.)

M. Delbet communique les observations de deux malades qui avaient reçu, une heure avant l'anesthésie par le chloroforme, une injection sous-cutanée d'une solution contenant un centigramme de morphine et un milligramme de scopolamine. Les opérations étaient terminées lorsque la respiration s'arrêta et toutes les manœuvres de respiration artificielle se montrèrent vaines.

A ces deux cas M. Delbet en ajoute un observé par M. P. Duval et deux autres où on ne vint à bout des accidents asphyxiques qu'après des manœuvres très prolongées de respiration artificielle.

Des soins à donner aux patients laparotomisés. (H. B. GARDNER, *British Med. Jour.*, juillet 1907.)

L'auteur recommande plusieurs précautions qui sont parfois négligées.

Avant l'opération il donne de la strychnine à ses patients pendant une semaine; il évite de les purger la veille de l'intervention, parce que la grande

purgation diminue temporairement la pression sanguine; il recommande un repos au lit de deux à trois jours, avec une diète réglée.

Pendant l'opération le corps doit être soigneusement couvert.

Ne faire le champ opératoire qu'avec des compresses sèches, car les compresses humides, en refroidissant et par l'évaporation, produisent rapidement des frissons.

Il ne faut pas oublier aussi que les intestins et d'autres organes vasculaires, exposés à l'air, produisent rapidement une perte de chaleur, et qu'ils doivent être continuellement recouverts avec des compresses chaudes, quand ils sont exposés au dehors.

Les syncopes occasionnées par les grandes ponctions ou par l'extirpation des tumeurs de la région splanchnique doivent être prévenues par le chirurgien, qui laissera couler le liquide lentement, et par le chloroformisateur, qui abaisera en même temps la tête du patient.

Après une opération pratiquée dans la position horizontale ou de Trendelenburg, s'il y a eu hémorrhagie, il est préférable de mettre les extrémités inférieures du malade, pendant quelques heures, dans la position élevée, afin de prévenir l'anémie cérébrale avant que la pression sanguine soit retournée à la normale.

Stérilisation du catgut.

Le Dr Akenblom, de Copenhague, recommande une méthode qui lui est personnelle pour la stérilisation du catgut. Les fils sont d'abord enroulés sur des tubes en verre, puis placés dans un vase en métal qui contient de l'huile d'olive. Cette huile est chauffée lentement jusqu'à ce qu'elle atteigne une température de 150° C, et, une fois à ce degré, elle est rapidement refroidie.

Comme résultat de ce traitement les fils de catgut deviennent raides et durs, mais ils obtiennent la mollesse et la souplesse nécessaire en étant conservés dans de l'alcool à 92% additionné de 1-3 p. c. de formaline. Des expériences bactériologiques et pratiques ont montré que ce traitement donnait des catguts parfaitement aseptiques, très durs et très résistants, au point que des numéros très fins suffisent pour tous les usages.

La facilité avec laquelle cette stérilisation est obtenue doit faire recommander la méthode aux praticiens.

Z. RHÉATME.

GYNECOLOGIE.

Endométrites et métrites virginales. (*Institut obst. et gynéc. de Gènes, mars 1907.* L'Hardy in *Gaz. Hop.*)

On admet généralement que chez les vierges dont le canal génital est normal il ne peut y avoir d'inflammation de la cavité utérine provoquée par d'autres microbes que le gonocoque ou le bacille de Koch.

Pour Givelli, il n'en est pas ainsi; les micro-organismes peuvent pénétrer de l'extérieur à l'intérieur de diverses façons; ils peuvent aussi, par les toxines qu'ils sécrètent et qui passent dans le torrent circulatoire, provoquer à distance des endométrites et des métrites. Cela se voit dans le choléra, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'influenza.

Dans trois cas d'endométrites et de métrites virginales, au point de vue bactériologique, l'auteur a pu isoler des staphylocoques au niveau du canal cervical; dans une autre cas, il a isolé de courtes chaînettes de streptocoques qui, par leur culture et leurs phénomènes morphologiques et biologiques, ne se différencient pas des bacilles pyogènes vulgaires, quoique ayant une virulence limitée.

Sivelli fait remarquer que chez les jeunes filles ces cas sont confondus avec des affections du sang ou du système nerveux, ce qui fait qu'elles n'ont recours que très tard au gynécologue. Celui-ci peut donc se trouver en présence de lésions considérables de l'endométrium et se trouver contraint à des interventions sanglantes qu'on aurait pu éviter au début.

De la sécrétion du lait après la castration. (Grünbaum. *Deutsch. Mediz. Wochenschrift*, juin 27.)

L'auteur avait remarqué un cas chez lequel après une ovariectomie double une sécrétion lactée copieuse commença le onzième jour, pour se maintenir pendant plusieurs semaines. Ceci le conduisit à observer d'autres cas analogues, et il rapporte une statistique de vingt castrations. Dans quatorze cas d'ovariectomie double, il constata après l'opération, une sécrétion mammaire plus ou moins abondante. Cette sécrétion apparaissait généralement pendant la troisième semaine après l'opération; quelquefois elle disparaissait au bout de quelques jours ou de quelques semaines, mais souvent elle se maintenait pendant plusieurs mois.

Chez quelques patientes la sécrétion était abondante au point qu'une légère pression faisait jaillir le liquide du mamelon; mais dans la majorité des cas il ne s'en échappait que quelques gouttes. La première sécrétion ressemblait généralement à du colostrum, puis le lait apparaissait après.

L'âge des patientes mises sous observation variait entre 23 et 46 ans. Six de ces patientes qui ont eu une sécrétion lactée après la castration étaient des nullipares.

L'auteur émet l'opinion que le tissu ovarien doit exercer une action inhibitoire sur l'activité de la glande mammaire.

Z. RHÉAUME.

OPHTALMOLOGIE.

Histoire des Lunettes. Dr BOURGEOIS (Reims), *La Clinique Ophth.*

Le livre publié en 1901 par le Docteur Pauser (d'Avignon), expose d'une façon complète et précise l'histoire des lunettes. Il établit, d'après des documents certains, que l'inventeur des verres correcteurs de la presbytie, les premiers qui aient été employés, est bien Roger Bacon; il s'en servit vers 1287, et leur usage commença à se répandre vers la fin du XIII^e siècle. C'est au XIV^e siècle, et surtout à partir du XV^e siècle, que l'usage des lunettes se développa de plus en plus, particulièrement après l'invention de l'imprimerie (1440).

Ce sont les binoctes qui ont été inventés les premiers, et non pas les lunettes. On faisait usage, au début, pour la fabrication des verres de lunettes,

de verres ordinaires et de verre de miroir. Le cristal de roche est signalé au commencement du XVII^e siècle. Primitivement, il n'existait que des verres convexes pour la presbytie. Les verres concaves, pour la myopie, n'ont fait leur apparition qu'au XVIII^e siècle.

La matière dont on fabriquait les montures de binocles ou lunette était: la corne, la baleine, le fer le cuivre, l'acier, enfin l'argent et l'or. La forme des verres était ronde; plus tard, pour attirer le public par l'appât de la nouveauté, on en fabriqua de formes carrées ou octogonales, mais la forme ronde prévalut pendant longtemps pour faire place à la forme ovale plus généralement adoptée aujourd'hui.

C'est surtout après la seconde moitié du XIX^e siècle que les montures de toutes sortes (lunettes, pince-nez, puis face à main) ont commencé à être fabriquées avec élégance et légèreté. On voit, en somme, qu'il a fallu plus de cinq siècles pour en arriver aux formes qui sont en usage de nos jours.

R. BOULET.

PEDIATRIE.

Convulsions de l'enfance (*Jour. de Méd. et Chir. prat.*). (COMBY.)

(a) *Traitement causal.* — Eviter toute cause d'excitation cérébrale : émotions, frayeurs ; prévenir les écarts de régime ; lutter contre la constipation, l'hélinthiase, les végétations adénoïdes dans le cas de laryngospasme.

Au cours d'une affection fébrile : affusions froides, drap mouillé, bains froids et tièdes, glace sur la tête. Si c'est un paludéen, sulfate de quinine.

En cas de spasme de la glotte, on peut être amené à pratiquer l'intubation. Si l'urine est albuminurique, diète lactée sévère ; au besoin, une saignée ou des sangsues dans la région lombaire.

Chez les rachitiques, huile phosphorée.

(b) *Traitement de l'accès* proprement dit : inhalations de chloroforme anesthésique (sauf en cas d'indigestion) : faire respirer V à VI gouttes sur un mouchoir : les convulsions cessant, arrêter l'anesthésie ; si elles reprennent, continuer l'administration au moment des crises, en la suspendant pendant leurs intervalles.

Bains tièdes, prolongés une heure ou deux, s'ils n'ont aucune contre-indication.

Compression carotidienne, alternée à droite et à gauche, si les convulsions sont généralisées, et, dans le cas d'hémiconvulsion, du côté opposé (TROUSSEAU). On maintiendra la compression une quinzaine de minutes ; les convulsions céderont pour reprendre quand on l'aura lâchée, mais toujours de moins en moins fréquentes et de moins en moins intenses après chaque convulsion.

On peut employer aussi la saignée générale, les sangsues au niveau des mastoïdes ou dans les régions malléolaires.

Les injections de sérum artificiel à la dose de 25 à 50 c. c. deux ou trois fois par jour ont donné parfois de bons résultats, spécialement dans les éclampsies avec température élevée, sécheresse des muqueuses, dysurie et ralentissement de la circulation.

Dans les convulsions asphyxiques, on se trouvera bien des inhalations

d'oxyngospasme. MARFAN conseille les tractions rythmées de la langue, et VOGEL les titillations de la luette.

(c) *Traitement prophylactique pour éviter le retour des accès* : administrer du chloral, du bromure ou de l'antipyrine. Le chloral a une action très rapide ; chez le nouveau-né, on donnera des doses de 0,03 à 0,05 centigr. ; chez le nourrisson, de 0,05 à 0,15 centigr. ; ces doses pourront être renouvelées trois, quatre, cinq fois par jour ; en lavement, employer des doses doubles.

Le bromure peut être donné à des doses fortes : ne pas hésiter à aller, même chez le nourrisson, à des doses de 1, 2 et même 3 grams. par jour. — Prof. WELL (de Lyon).

Incontinence nocturne d'urine :

1° Solution :

ââ	{	Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 01 centigr.
	{	Eau distillée.....	10 —

Dissoudre.

Chaque goutte représente 1-20 de milligr. et pèse 5 centigr. Les enfants les plus jeunes, deux ou cinq ans, peuvent aller jusqu'à xx gouttes (1 gram.). S'il s'agit d'une incontinence purement nocturne, on prescrit une dose unique, prise le soir au coucher, commençant par v ou x gouttes ($\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ milligr. de sulfate d'atropine), suivant l'âge. On augmente tous les soirs d'une goutte, jusqu'à xx pour les petits, jusqu'à xxx et au delà pour les plus grands. En cas de succès, on cesse après dix ou quinze jours d'usage. On recommence après une semaine d'interruption. Si l'incontinence est à la fois diurne et nocturne, on fractionne le médicament. Prenant toujours la même solution à 1-1000, on prescrit II ou III gouttes trois fois par jour (le matin, à midi et au soir), et on augmente d'une goutte par prise jusqu'à concurrence de trois fois x gouttes ou trois fois xv gouttes. On arrête après dix jours ou quinze jours d'emploi, suivant la tolérance, et, après un repos d'une semaine, on recommence.

2° Drap mouillé tous les matins pendant une demi-heure ou une heure ; drap trempé dans l'eau froide, tordu, étalé sur une couverture de laine, le tout enroulé autour du corps. Répéter le soir dans les cas graves.

3° Régime : grande sobriété, boire peu (un verre par repas, repas du soir presque sec), rien en dehors des repas, s'abstenir de boissons alcooliques, de thé, de café, de viande en excès, d'aliments trop épicés, trop acides, trop sucrés. Vie au grand air.

Cette thérapeutique a donné de très beaux succès, dans un espace de temps très court non seulement dans l'incontinence nocturne, dans l'incontinence diurne et nocturne, mais encore dans l'incontinence des matières fécales accompagnant l'énurésie nocturne ou diurne.

Le seul point délicat est de surveiller la tolérance des sujets à l'égard de l'atropine. En général, les enfants supportent bien ce médicament ; mais il faut se méfier des idiosyncrasies et ne pas perdre de vue les malades.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche (*Journal méd. et chir. prat.*, sept. '07). MÉRY.

—On peut dire qu'on a tout essayé pour guérir la coqueluche ; mais parmi tous les médicaments, la *belladone* est celui qui paraît le mieux réussir surtout sous certaines formes.

Toutefois, il est indispensable de pouvoir à l'occasion utiliser d'autres moyens ; et même, bien que les inhalations ne donnent guère de résultat, il peut être bon de les employer. On peut par exemple utiliser les trochisques suivants qui peuvent soulager les malades et en même temps suggestionner les parents, ce qui n'est pas inutile.

Charbon de bois pulvérisé.	750 grammes.
Azotate de potasse.	20 grammes.
Naphthaline.	5 grammes.
Créosote.	80 grammes.
Acide phénique.	40 grammes.
Goudron.	400 grammes
Feuilles d'aconit.	7 grammes 50

Les vapeurs données par la combustion de ces trochisques peuvent calmer la toux dans une certaine mesure.

La belladone a été donnée en premier lieu par Hufeland sous la forme suivante :

Racine de belladone.	0,05 centigrammes.
Sucre pulv.	4 grammes.

Diviser en 8 paquets, 2 par jour.

Trousseau préconisait les pilules avec :

Un centigramme d'extrait de belladone
Un centigramme de poudre de belladone.

à dose croissante jusqu'à 5 à 6 ou même 12 par jour.

West employait la teinture à dose croissante.

M. Méry, à toutes les préparations, préfère une solution d'atropine avec un centigramme pour 250 grammes d'eau distillée. Cette solution renferme 1/5 de milligramme pour 5 grammes d'eau ou une cuillerée à café.

On peut donner une cuillerée à café de cette préparation à un enfant de 6 à 8 mois, et même augmenter la dose quand il y a des spasmes dangereux. Il semble que ce soit ce médicament qui réussisse le mieux, surtout pour les très jeunes enfants ; toutefois il faut s'attendre à voir survenir des érythèmes.

À côté de la belladone il faut citer la teinture de drosera qui se donne à la dose d'un gramme mais qui malheureusement est souvent d'une préparation défectueuse. Le mélange suivant peut être utile :

Teinture de drosera.	} à 5 grammes.
Teinture de lobélie.	
Teinture de belladone.	

15 à 20 gouttes par jour.

La quinine et l'eouquinine introduites récemment dans la thérapeutique ont été préconisées.

L'antipyrine paraît plus précieuse : elle diminue vraiment le nombre des quintes et n'a pas besoin d'être surveillée comme la belladone. On peut en donner 4 à 5 grammes à un enfant de 10 ans, soit environ 0,50 centigrammes par année d'âge.

Pour tous les médicaments d'ailleurs, il faut, pour obtenir de l'effet, arriver à la limite de l'intolérance.

Le bromoforme, médicament très actif, a donné de bons résultats, mais est d'une administration un peu délicate. On peut employer la formule suivante :

Bromoforme.	48 gouttes.
Huile d'amandes douces.	} à 15 grammes.
Gomme arabique.	
Eau de laurier-cerise.	4 grammes.
Eau.	120 grammes.

Une cuillerée à café renferme deux gouttes.

On ne doit jamais donner de bromoforme au-dessous de l'âge de 2 ans.

On peut commencer par quatre gouttes de bromoforme et arriver à 30 ou 40 gouttes, mais il faut surveiller de très près son action. De plus, on doit se rappeler que dans toutes les préparations, le bromoforme tombe au fond du flacon, et que son mélange n'est nullement homogène.

Bon nombre de spécialités ne sont pas sans intérêt et il y en a plusieurs dans la série des éthers en particulier qu'on peut utiliser.

Ce qu'il faut, c'est avoir à sa disposition plusieurs médications ; une seule ne guérit jamais ; il en faut plusieurs successives.

Les soins hygiéniques ne sont pas moins indispensables que les médicaments : dans les premières périodes, l'enfant ne doit pas quitter la chambre. Arrivé à la période catarrhale, un changement d'air peut être utile, mais à une période moins avancée ce déplacement serait tout à fait inutile. Bien soignée, une coqueluche d'intensité moyenne ne doit guère durer plus de cinq à six semaines, sauf dans les cas où il s'est produit quelque complication.

PHARMACOLOGIE

Traitement de la grippe chez l'enfant : — M. le Dr Gillet donne dans l'*Anjou Médical* des indications relatives au traitement de la grippe chez l'enfant dans lesquelles nous relevons quelques formules utiles à connaître.

Contre les infections d'origine nasale, on peut avoir recours aux instillations antiseptiques, par exemple :

Menthol.	1 gr. jusqu'à	5 grammes.
Huile de vaseline stérilisée.		100 grammes.
Goménol.		10 grammes

Trois ou quatre fois par jour 3 à 4 gouttes dans chaque narine, la tête en arrière.

Comme traitement général, on peut prescrire le salicylate de soude ainsi que le conseille le Professeur Concetti (de Rome).

Salicylate de soude..	1 gramme
Euchinine..	0 gramme 50
Julep gommeux..	50 grammes
Extrait d'aconit..	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Eau distillée de laurier-cerise.. . .	XII gouttes
Sirop de cèdre..	30 grammes

(L. CONCETTI).

Toutes les heures $\frac{1}{2}$, une cuillerée à café.

Dans la *forme thoracique*, il y a indication à formuler une prescription en rapport avec les phénomènes locaux : 1° révulsifs divers, etc.; 2° préparations calmantes, comme la suivante :

Teinture de belladone..	} à IV à V gouttes
Teinture de drosera..	
	p. année d'âge
Sirop de fleur d'oranger..	40 à 60 grammes.

Surtout le soir, par cuillerée à café ou à dessert.

Sirop de belladone..	2 grammes par année d'âge.
Benzoate de soude..	0 gramme 20 —
Teinture de scille..	1 goutte
Eau distillée de laurier cerise	1 gramme
Eau de fleur d'oranger..	} à 20 à 40 grammes.
Sirop de capillaire..	

A donner en totalité dans les 24 heures par cuillerée à café, à dessert ou à bouche, selon l'âge.

Ou cette potion contre la trachéo bronchite de la grippe (BARTH).

Chlorhydrate d'ammoniaque..	2 grammes.
Teinture de jusquiame..	4 grammes,
Alcoolat de mélisse..	20 grammes.
Sirop diacode..	20 grammes.
Julep gommeux..	80 grammes.

M. s. a. — Une cuillerée à dessert toutes les heures (dose d'adulte).

Potion contre l'abattement, défaillance; refroidissement général. (Jour. Méd. Ch.).

Eau de menthe..	60 grammes
Sirop d'éther..	30 grammes.
Vieux cognac..	40 grammes.
Acétate d'ammoniaque..	6 grammes.
Teinture de cannelle..	10 grammes.
Liqueur d'Hoffman..	30 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les $\frac{1}{2}$ heures.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau Traité de Chirurgie, publié en fascicules sous la direction de A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P. Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 33 fascicules grand in-8, avec figures. Il paraît un fascicule par mois depuis le 1er mai 1907. L'ouvrage complet coûtera environ 250 francs. On peut souscrire en envoyant un à compte de 50 francs.

Vient de paraître : **Maladies chirurgicales de la Peau**, par J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 144 pages, avec figures. Broché : 4 fr. ; cartonné : 3 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Dans le fascicule des *Maladies chirurgicales de la Peau*, M. J.-L. FAURE étudie successivement : 1° les lésions infectueuses, l'érysipèle, le furoncle et l'anthrax, la tuberculose cutanée et le lupus ; 2° les lésions organiques, cors et durillons, cornes cutanées, épithéliomes, verrues, chéloïde, fibrome, molluscum, sarcomatose cutanée et nœvi ; 3° les lésions des appareils glandulaires annexés à la peau (kystes sébacés) ; 4° les affections du tissu cellulaire sous-cutané ; 5° les lésions par parasites non microbiens et notamment l'éléphantiasis.

L'Artériosclérose et son traitement, par A. GOUGET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 5 fig. (*Actualités médicales.*) Cartonné : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Précis d'électricité médicale, par le Dr E. Castex, agrégé des Facultés de Médecine professeur de physique médicale à l'Université de Rennes. Deuxième édition. Un volume grand in-18 de VII-982 pages et 241 figures, cartonné, 12 fr.

La deuxième édition de ce Précis, augmentée de 310 pages et 33 figures, contient tous les progrès accomplis dans ces dernières années par l'électricité médicale. Le plan est resté le même. La *technique* donne les notions théoriques et pratiques sur l'appareillage, avec ses plus récentes acquisitions. En *électrophysiologie* sont exposées les actions des diverses formes de courants, avec les derniers travaux sur les lois d'excitabilité des nerfs, les effets de la

haute fréquence, les applications des ions, l'électrostérilisation de l'eau par l'ozone, etc. *L'électrodiagnostic* n'a eu besoin que de légères retouches. *L'électrothérapie proprement dite*, qui tient près de 200 pages, contient les indications du traitement électrique dans les diverses affections, les résultats qu'on peut en attendre, la conduite détaillée des opérations.

La *radiologie* mettra le lecteur complètement au courant de l'état actuel de de cette brache, pour la technique comme pour le radiodiagnostic et la radiothérapie, qui, à elle seule, compte une centaine de pages. Un exposé des notions essentielles de *radiumthérapie* et de *photothérapie* termine l'ouvrage.

La rédaction concise et remplie de détails pratiques en fait une œuvre éminemment substantielle, mais très claire et très lisible, grâce à l'ordre du texte, à la composition typographique, à la richesse de l'illustration en grande partie inédite et dessinée par l'auteur. Cette seconde édition trouvera certainement auprès des praticiens, des étudiants en médecine et même des constructeurs d'appareils, le succès de la première édition.

SUPPLEMENT

LES SOINS AUX PETITES FILLES PENDANT LEUR CROISSANCE.

Le médecin est souvent appelé à traiter l'anémie des jeunes filles à l'époque de leur puberté. Il faut traiter cette anémie de bonne heure avant qu'elle n'ait causé un dommage irréparable à la force vitale de la future femme, de la future mère.

Les causes de l'anémie sont souvent trouvées dans une mauvaise hygiène : excès de sucreries ou d'épices, manque d'eau pure et d'exercice physique, longues veillées, lecture de romans, corset, etc.

Quand l'anémie existe il faut administrer le fer et savoir sous quelle forme il agit le mieux. Les préparations inorganiques sont reconnues comme inférieures. C'est le peptonate de fer associé au meilleur hémotogène après lui : le manganèse qui agit le mieux, et la meilleure préparation de ces deux médicaments est le Pepto-Mangan (Gude).

Le grand avantage du Pepto-Mangan (Gude) c'est qu'il ne constipe pas.

Plus d'un médecin ont obtenu des succès marquant avec cette préparation.

AVIS

Le Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, sera désormais chez MM. VALIQUETTE ET DUBÉ. CHAMBRE 44, 20, RUE ST-JACQUES, TÉL. BELL, MAIN 3795.

La correspondance du Régistrare, M. le Dr Boucher, devra être adressée à cette adresse.