

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 689 — Nouvelles recherches sur la pathogénie et le diagnostic de l'aortite abdominale. *Teissier*
691 — Le mal de tête et quelques-unes de ses causes..... *Dubé*
698 — La céphalalgie à un point de vue spécial..... *Foucher*
707 — Note sur le Dr Beaumont *Bénoit*
714 — Evidement pré-mastoïdien pour cholestéatome..... *Roy*
721 — Enchondrôme de la parotide *Lasnier*
725 — Pronostic actuel et thérapeutique nouvelle de tabes. *Faure*
729 — Les courants de Morton en médecine (fin). *De Blois*
-

SOCIÉTÉS

- 741 — Société Médicale de Montréal : Rapports des séances du 4 et 18 octobre, et du 8 novembre.... *Laramée*
-

BIBLIOGRAPHIE

- 750 — La radiothérapie, son application aux affections cutanées *Belot*

MEMOIRES

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PATHOGENIE ET LE DIAGNOSTIC DE L'AORTITE ABDOMINALE

Par le Professeur TEISSIER, de Lyon.

RÉSUMÉ. — Analysant les résultats de 35 de ses observations qui lui paraissent les plus probantes, M. Teissier se croit autorisé à donner la description d'ensemble d'une détermination morbide, hier encore presque ignorée, et surtout d'en fixer plus spécialement les *causes provocatrices*, comme aussi d'en déterminer avec précision le diagnostic.

L'*Aortite abdominale* est *primitive*, ou *secondaire*, plus souvent primitive que ne le croyait Potain ; elle peut être la conséquence directe d'un refroidissement portant immédiatement sur l'abdomen, de fatigues prolongées, traumatisme, etc. Mais il est fort possible qu'une prédisposition spéciale soit nécessaire pour fixer le processus inflammatoire sur la portion sous-diaphragmatique de l'aorte (une entéro-colite préexistante par exemple). Certaines infections peuvent aussi par une *propriété élective*, frapper directement cette même portion du vaisseau, en première ligne le rhumatisme articulaire aigu et la grippe, au second plan la tuberculose ; enfin la puerpéralité, la syphilis et la goutte.

Plus souvent l'aortite abdominale est secondaire : 1° *Par extension directe* d'un processus dégénératif s'étendant des portions thoraciques au segment sous-diaphragmatique du vaisseau (athérome, aortite rhumatismale ou syphilitique) ; 2° *par propagation d'un processus inflammatoire du voisinage* entéro-colite, péritiphlite, péricholécystite ayant provoqué le développement d'un foyer plus ou moins étendu de *péritonite partielle*.

La *symptomatologie* de l'aortite abdominale est très complexe, et d'autant plus délicate que les signes *en apparence révélateurs* sont souvent peu démonstratifs, et que les signes réellement positifs sont d'une recherche difficile, et parfois d'interprétation peu aisée. A ce propos, M. Teissier revient avec insistance sur la haute valeur qu'il attribue à l'*hypertension de la pédicuse par rapport à la tension de la radiale*. Ce signe dont l'im-

(Communiqué au Congrès de Saint-Louis, par M. le Professeur agrégé PAUL COURMONT.)

portance est souvent proportionnelle à l'intensité de la détermination inflammatoire sur l'aorte sous diaphragmatique, dont il *mesure en quelque sorte le degré*, lui a paru constamment suivre, dans ses oscillations, les variations même de l'irritation aortique ou péri-aortique, et sa disparition définitive, coïncider toujours avec la guérison de la poussée vasculaire. Ce n'est là, du reste, à tout bien considérer, que l'application d'une loi générale, et un chapitre intéressant de l'histoire des *hypertensions partielles ou locales*.

Parmi les symptômes réflexes si fréquents dans l'aortite abdominale, M. Teissier insiste plus particulièrement sur la production d'une forme spéciale d'*intermittences cardiaques perçues*, dont il cherche à interpréter le mécanisme, et qui lui semblent très vraisemblablement attribuables au pincement de l'aorte au niveau du diaphragme passagèrement et spasmodiquement contracté. Puis chez certains malades prédisposés mais indemnes jusque là de manifestations comitiales, les crises douloureuses de l'aortite sous-diaphragmatique ont provoqué l'ictus convulsif pathognomonique.

Enfin M. Teissier signale parmi les complications assez fréquentes de l'aortite abdominale, la *néphrite subaiguë ou chronique*, par propagation de l'inflammation aortique aux artères rénales. Cette néphrite peut guérir, mais laisse, en général, après elle, un léger degré d'*insuffisance rénale*.

Mais sans aller jusqu'à la néphrite, l'aortite abdominale, par suite du trouble jeté dans la circulation sous-diaphragmatique peut produire de l'albumine passagère, comme elle peut entraîner aussi de la glycosurie intermittente par suite des modifications apportées à l'irrigation pancréatique.

M. Teissier termine sa communication en développant les éléments du *diagnostic différentiel précis* entre l'aortite abdominale vraie, et l'*aortisme simple*, manifestation névropathique fréquente. La distinction est loin d'être toujours facile : certaines de ces manifestations pouvant même donner le change avec l'anévrisme de l'aorte, ou simuler de véritables tumeurs de la région épigastrique. Là encore la *constatation du signe de la pédicuse* rendra les plus grands services et pourra lever des doutes.

LE MAL DE TÊTE ET QUELQUES-UNES DE SES CAUSES. (1)

Par le Docteur J.-E. DUBÉ.

Agrégé, Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Je n'ai pas l'intention de vous donner, au cours de cette conférence, toutes les causes du mal de tête. Non, je ne m'arrêterai qu'aux plus fréquentes, et par suite, celles que nous devons absolument connaître.

Le mal de tête est on peut bien l'avouer, le " bobo " le plus ennuyeux et le plus récalcitrant que nous ayons à traiter dans notre clientèle.

La personne qui en souffre ne vient pas toujours nous consulter dès les premiers atteintes de son mal. N'est-ce pas plutôt après l'essai de toutes les panacées, cachets pour le mal de tête, vantés dans nos grands journaux politiques ou même annoncés en grosses lettres illuminées qui enjolivent la porte d'entrée de nos principales pharmacies?

Cette personne qui nous arrive en désespoir de cause veut absolument recevoir du soulagement; la patience n'est pas toujours sa vertu principale pas plus que la douceur d'ailleurs, et si nous ne tenons pas sa guérison assez prochaine à leur disposition elle ne nous marchandera pas son mépris.

Et, pourtant, les gens qui souffrent du mal de tête sont légion et chacun de nous en compte plusieurs dans sa clientèle. J'y trouve une excellente raison pour leur accorder beaucoup d'attention et chercher par tous les moyens possibles, à leur apporter du soulagement et même la guérison.

Je répète que les malades qui se plaignent du mal de tête, comme ceux d'ailleurs qui souffrent de points de côté, de douleurs de reins ou de névralgies de toutes sortes, ne sont pas toujours dociles, je sais par expérience qu'ils sont plaignards à l'extrême et même qu'ils écoutent le premier charlatan venu au lieu de suivre nos conseils. J'en ai connu d'irritables, ils le sont presque tous, qui me malmenaient un peu fort, m'accusant d'ignorance à la deuxième consultation, et qui n'avaient rien fait ou à peu près de ce que j'avais prescrit.

Oui je sais tout cela et ça ne m'empêche pas de vous dire, ce soir, que c'est avec ces malades qu'il faut dépenser des tré-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 8 novembre.

sors de patience et des cargaisons de raisonnements de toutes sortes sans compter le temps que ça prend, pour les amener à suivre le traitement que nous leur avons prescrit.

Supposez, en effet, que les malades atteints de céphalalgie chronique ou intermittente aillent tous consulter leur médecin au lieu d'acheter bêtement les drogues quelconques et assez souvent dangereuses pour un grand nombre. Vous me direz que c'est la seule chose qu'elles devraient faire, et je répondrai que c'est le petit, très petit nombre de ces malades qui le comprend. Supposez, dis-je, que plus jamais un seul de ces malades n'aille à la pharmacie sans une ordonnance de son médecin, vous voyez d'emblée le nombre de consultations qui en résulteraient. Ce serait un pactole pour la profession !

Faisons, si vous le voulez bien, un examen de conscience et demandons-nous pourquoi ces malades nous consultent trop rarement. Ne serait-ce pas parce que nous les traitons un peu à la diable, en hommes que leurs doléances et leurs bobos ennuiant ? Et oui ! c'est là la raison et la seule que je connaisse.

Écoutez-les donc attentivement lorsqu'ils viennent nous voir, examinons-les avec soin jusqu'à ce que nous ayons trouvé la cause de leur mal de tête, quelque difficile que ce soit pour certains cas rebelles, traitons-les avec sollicitude et ils reprendront, soyons-en convaincus, la direction de notre bureau de consultation.

Je sais que ce n'est pas toujours facile, et j'y comprends, pour y avoir passé, l'embarras du médecin, au début de sa carrière, lorsqu'il rencontre de ces maladies, qu'il n'a presque jamais vues à l'hôpital.

Pour lui, l'exercice de la médecine comprend les tuberculeux, les pneumoniques, les rhumatisants, les pleurétiques, les accouchements etc etc, en un mot les malades qu'il a vu au cours de ses années d'études ; aussi son premier mouvement en présence d'un migraineux endurci est-il de découragement, et vite il les dépêche avec une ordonnance pour de l'antipyrine ou autres dérivés de la Houille, à moins que ce ne soit pour un purgatif.—

Que faut-il faire lorsqu'un malade vient nous consulter pour un mal de tête ?

Je suppose, de suite, qu'il ne s'agit pas du mal de tête qui accompagne la typhoïde et une foule de maladies fébriles au début; ni de la céphalée que l'on rencontre au cours de maladies organiques du cerveau: telles que tumeurs, méningite, traumatisme, gomme syphilitique, ou de la paralysie générale.

J'élimine également le mal de tête qui relève d'un empoisonnement par le plomb, le mal de tête du diabète, de l'urémie, des troubles de la menstruation, de la neurasthénie et de l'hystérie.

Je désire parler du mal de tête qui reconnaît comme causes:

- 1° Les affections gastro-intestinales;
- 2° Les affections des yeux;
- 3° Les affections du naso-pharynx;
- 4° Les affections des dents.

Affections gastro-intestinales capables de causer le mal de tête :

Les troubles de l'estomac et de l'intestin sont assez souvent accompagnés de maux de tête surtout s'ils sont de longue durée. L'individu qui digère mal a des lourdeurs de tête après ses repas, le travail cérébral lui devient pénible et un traitement hygiéno-diététique est le seul capable d'enrayer le mal. Si je me base sur ma propre expérience, je puis dire que les dyspeptiques migraineux sont très souvent des constipés avec dyspepsie et j'ai constaté que chez ses malades le traitement régulateur de l'intestin fait coup double en chassant migraine, dyspepsie et constipation.

Je ne veux pas m'attarder sur le traitement de la constipation habituelle si fréquente chez nous et particulièrement chez les femmes.

J'ai déjà fait à ce sujet un travail que j'ai présenté à cette société il y a trois ans. Qu'il me suffise de poser l'axiôme suivant:

Le constipé habituel qui veut guérir doit changer du tout au tout son régime alimentaire. Je m'explique. Le constipé boit de l'eau rarement; il devra alors en prendre en grande quantité, qu'il ait soif ou non. J'ordonne d'habitude un ou deux verres au lever, entre les repas et au coucher.

Des malades m'ont affirmé qu'un seule gorgée d'eau leur avait donné des douleurs d'estomac, et j'ai dû leur demander de recommencer avec des doses infimes — une cuillerée à thé à la fois, chez une de mes malades, pour augmenter ensuite graduellement.

Le *constipé* mange peu de légumes et de fruits. Il faut le convaincre qu'ils sont indispensables à sa guérison.

Le *constipé* a un fétiche: la pilule purgative; dites-lui qu'aucun médicament ne peut le guérir; faites-lui comprendre que toutes ces drogues, merveilleuses panacées annoncées jusque dans les tramways, sont plutôt dangereuses pour ses intestins qu'elles rendent chaque jour de plus en plus impotents et incapables d'agir par eux-mêmes.

Le *constipé* est généralement un sédentaire, ordonnez-lui de prendre de l'exercice: marche, équitation, etc.

Ces explications sincères et ces moyens ordinaires, assez faciles à observer, suffiront dans tous les cas ou à peu près.

J'ai remarqué que le *constipé* après quelques semaines de ce régime aime l'eau, les légumes et les fruits qu'il avait en horreur autrefois.

Pour les gens qui adorent le mystérieux, pour les gogos, il est bon d'ajouter quelques gouttes d'une teinture quelconque à chaque verre d'eau qu'ils prennent.

Pour ces gens l'eau n'est pas un remède et ils croiraient que vous voulez rire d'eux.

Voyez plutôt le truc de l'abbé Kneipp. Ce guérisseur à compté des succès éclatants malgré qu'il eut le tort de vouloir guérir toutes les maladies par sa méthode. Parmi les malades qui l'ont consulté ce qu'il devait y avoir de *constipés*, de *dyspeptiques*, de *lithiasiques*, en un mot des malades qui se *desséchaient* et dont l'économie demandait à grand cri l'eau curative!

Le vieil abbé, autre Presnitz, voyait juste: il promettait la guérison à tous, et sans plus tarder les inondait, les submergeait.

Il leur faisait prendre force tisanes à tous les herbages connus: Fenouil, etc., leur prescrivait de marcher pendant des

heures chaque jour, pieds nus sur l'herbe humide et... dame ses malades guérissaient !

Allez donc, maintenant dire à ces gens que c'est l'eau qu'ils prenaient qui les a guéris; ils vous répondront que c'est plutôt le Fenouil !

Comprenez-vous pourquoi l'abbé Kneipp faisait trotter ses malades pieds nus dans la rosée ? Ce vieux rusé savait que ce qui frappe l'imagination a du bon et c'est parce que la foule aime à sortir des choses ordinaires qu'il leur faisait prendre le vieil exercice de la marche dans cet accoutrement bizarre, au lieu de leur recommander, comme nous le faisons d'habitude, de faire une marche soit à la campagne ou à la ville.

N'allez pas dire à ces malades que c'est la simple mise en mouvement de leurs muscles rouillés qui a aidé leur guérison; pour eux l'herbe humide et les pieds nus, voilà la cause de tout le bien qu'ils ont éprouvé.

Cet abbé aurait fait un grand médecin avec de tels moyens et une bonne éducation médicale !

Le régime même, bien observé ne guérit pas généralement un constipé dans l'espace de quelques jours. C'est alors qu'il faut user avec discrétion des différents purgatifs en mettant le malade en garde contre ces médicaments dont il doit éloigner et diminuer les doses effectives. L'huile de ricin prise à petites doses le matin à jeun a toujours un excellent effet.

Affections des yeux capables de provoquer le mal de tête.—Je ne parlerai pas des conjunctivites ou autres maladies aiguës de l'œil; pas plus du glaucome, des tumeurs et des autres maladies chroniques de cet organe qui conduisent les malades directement chez les spécialistes.

Les troubles de réfraction oculaire sont si souvent la seule cause du mal de tête qu'il convient de s'y arrêter.

Qu'il s'agisse d'astigmatisme, de myopie, d'hypermétropie ou presbytie, le résultat est très souvent le même, lorsque ces troubles de réfraction ne sont pas corrigés par des verres appropriés.

Il va sans dire que c'est chez les personnes qui sont exposées à fatiguer leurs yeux par des lectures, études, tels que instituteurs, les élèves, et enfin chez les couturières que les troubles de réfraction de l'œil deviennent une cause de céphalée.

Je vous avoue que je ne traite jamais un migraineux sans lui demander de consulter un oculiste et combien de fois les

malades me sont revenus guéris par l'usage des verres qu'on leur avait ordonnés.

Affections du naso-pharynx capables de causer le mal de tête.— Parmi celles-ci les polypes chez les adultes et les tumeurs adénoïdes chez les enfants sont sûrement les plus fréquentes causes de céphalalgies persistantes.

Je ne m'arrête pas aux sinusites chroniques, déviations de la cloison, hypertrophie des cornets etc.

L'adulte porteur de polypes du naso-pharynx finit tôt ou tard par les faire enlever, soit qu'il ait consulté d'emblée le médecin spécialiste ou que son médecin de famille le lui ait demandé.

Je veux plus particulièrement attirer votre attention sur les tumeurs adénoïdes comme cause de mal de tête.

Ce sont naturellement les enfants qui sont porteurs de ces tumeurs bénignes c'est vrai, mais qui peuvent causer des désastres.

Ces petits malades ne se plaignent guère lorsqu'ils sont souffrants d'un mal de tête ils ont plus d'ambition à gambader que le désir de rester au lit. Aussi faut-il apprendre à les connaître et savoir saisir les quelques symptômes de maladie qu'ils présentent quelquefois.

Les tumeurs adénoïdes par la lenteur qu'elles mettent à pousser, par la banalité des symptômes subjectifs qu'elles provoquent peuvent passer inaperçues pour un œil inexercé, mais jamais pour le médecin.

Cependant, combien d'enfants à figure déformée, à oreilles qui coulent, à poitrine en carène, à nutrition défectueuse, e.c., etc.! Voilà l'œuvre de ces petites masses mucoïdes à apparence chétive, lorsqu'elles tombent sous la curette de Gottstein. Quand j'aurai dit que les tumeurs adénoïdes sont une cause très grande de céphalée chez ces petits êtres vous serez de mon avis et vous bataillerez ferme chez vos clients pour qu'ils conduisent chez les spécialistes ceux de leurs enfants qui dorment mal la nuit avec la bouche ouverte, qui souffrent d'un coryza chronique, etc., etc.; qui présentent en un mot tous les symptômes de tumeurs adénoïdes.

Je dirai peu de choses de l'hypertrophie des amygdales; elles peuvent produire les mêmes inconvénients, et le même traitement leur convient.

Affections des dents capables de provoquer le mal de tête. — Une seule dent cassée peut causer des névralgies rebelles par suite

de l'irritation d'une branche du Trijumeau, à plus forte raison plusieurs dents à pulpe découverte et à racines malades peuvent-elles amener des douleurs de tête très prononcées et surtout de longue durée.

Pour M. William J. Ledderer professeur de chirurgie de la bouche à la "New-York School of Clinical Medicine" les névralgies dentaires peuvent reconnaître comme causes la périostite alvéolo-dentaire aiguë et chronique de la pulpe dentaire, un hypéresthésie de l'émail dentaire, la carie, l'abcès alvéolaire, les corps étrangers logés dans la gencive, l'alvéole, ou dans la pulpe dentaire elle-même, et enfin l'atrophie des gencives.

J'ai eu l'occasion d'observer quelques cas de céphalée de très longue durée, 40 ans dans un cas, 10 ans dans un autre et 5 ans chez un malade observé récemment, — et dans l'un comme dans l'autre de ces cas le mal de tête avait pour cause des dents mauvaises et cariées. Mon ami le dentiste Arthur Lemieux, eut à traiter la malade qui souffrait depuis 40 ans de migraines fréquentes, une à deux fois par semaines, et il lui enleva 22 dents en deux séances. Il y avait de la périostite alvéolo-dentaire un grand nombre de dents cariées et plusieurs vieilles racines enclavées dans la gencive. Comme résultat cette malade qui n'était soulagée que par l'ingestion de cachets analgésiques annoncés dans les journaux, et cela au point d'en avoir les lèvres et les ongles cyanosés, resta trois semaines sans avoir aucune douleur. Depuis cette époque elle n'a eu en tout qu'une seule migraine, et très légère.

Ma seconde malade avait une migraine qui durait depuis 10 ans; elle avait tout essayé, croyait-elle, pour se guérir. Après un court examen je lui ai conseillé de voir un dentiste qui lui enleva plusieurs dents cariées, en traita un certain nombre et me retourna ma patiente parfaitement guérie.

Mon troisième malade âgé de 56 ans endure des douleurs atroces dans la tête depuis cinq ans. La maladie a débuté chez lui par des picotements dans l'œil droit, accompagnés d'abord d'un malaise léger, puis par des souffrances insupportables toujours au même endroit sous la paupière du même côté. Depuis quelques mois la douleur est devenue presque constante et dans son plus fort elle s'accompagne de contractions des muscles de la face comme dans le tic douloureux. Ce pauvre malheureux est presque impotent.

Anxieux de guérir il est résigné à tout tenter même la résection du ganglion de Gasser qui lui a été proposée. Après un examen de sa bouche farcie de dents déchaussées et de chicots, je lui ai conseillé de voir son dentiste. Mon ami Lemieux a l'intention de lui enlever presque toutes les dents qui sont ou cariées ou presque sorties de la gencive à la suite d'alvéolite suppurée.

Je pourrais ajouter l'observation de deux enfants l'un de 9 ans et l'autre de 6 ans, souffrant tous deux de maux de tête avec inappétence, etc. J'ai fait conduire ces deux enfants chez un dentiste qui enleva chez l'un 10 et chez l'autre 7 dents cariées. Les exemples pourraient être multipliés mais c'est bien inutile il me semble.

Je me résume en répétant que le mal de tête ordinaire, c'est à-dire, celui qui dure depuis assez longtemps, reconnaît souvent comme cause soit une mauvaise réfraction de l'œil, soit un polype du nez ou des tumeurs adénoïdes, soit enfin des lésions dentaires, et j'ajoute que le devoir du médecin n'est pas de prescrire de l'antipyrine ou un autre analgésique, mais de demander à cette catégorie de malades de consulter suivant le cas, le spécialiste pour les yeux, le nez et la gorge ou un dentiste.

Je vous ai dit plus haut qu'une de mes malades prenait assez de cachets pour le mal de tête qu'elle était toute cyanosée, tâchons de réagir contre cette habitude dangereuse en recherchant, chaque fois et pour chaque malade, la cause exacte de ses souffrances pour y mieux remédier.

Le meilleur thérapeute est encore celui qui examine le mieux ses malades et, quoiqu'il arrive, ce médecin court moins de chance d'errer dans son diagnostic, et conséquemment, dans son traitement.

LA CEPHALALGIE A UN POINT DE VUE SPECIAL (1)

Par le Professeur FOUCHER,
Officier de l'Instruction Publique.

La question que vient de traiter M. le Dr Dubé est une de celles qui intéressent au plus haut degré toute la profession médicale : les médecins, les chirurgiens, les spécialistes, les dentistes. En un mot, tous ceux qui de près ou de loin, viennent en contact professionnel avec les malades, ont, à un moment donné, à faire face à cette question de céphalalgie. C'est dire qu'elle est très complexe et que le problème à résoudre dépend d'un grand nombre de facteurs; le conférencier les a signalés à notre attention. Considérant la céphalalgie au point de vue où je me trouve placé par une pratique spéciale, je ne voudrais pas tomber dans l'exagération en disant que les maux de tête sont essentiellement de cause oculaire, et cependant, je me sens entraîné à vous parler ainsi; le fait est qu'il ne se passe guère une journée dans la pratique occupée d'un spécialiste, sans qu'il ne se présente à la consultation un patient souffrant de céphalalgie, en rapport avec l'état des yeux. On vient nous consulter parce que nous traitons spécialement des organes situés dans la tête; il n'y a qu'une nuance aux yeux des patients; on vient aussi nous consulter parce que les médecins d'aujourd'hui; mieux instruits que leurs devanciers, sur les causes des maladies, nous les dirigent; ceux-là savent que les anomalies de réfraction et l'insuffisance des muscles de l'œil peuvent expliquer la cause d'un mal qu'ils ont été impuissants à juguler. Les patients ont-ils raison de venir nous demander secours, les médecins ont-ils raison de reposer confiance en nous? Je n'hésite pas à dire que oui. Le nombre des migraineux qui souffrent à cause d'astigmatisme d'hypermétropie, ou d'hétérophorie, le nombre de ceux-là est légion. S'il fallait enlever au médecin tout ce qui n'est pas infection dans la céphalalgie, je crois sincèrement que nous partagerions à parts inégales dans la rétribution et la reconnaissance des patients et que le plus gros lot serait pour nous.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 8 novembre 1904.

G. W. Stevens, en 1887, a publié un traité spécial sur cette question et il affirme que sur 100 cas de céphalalgie en rapport avec des défauts des yeux 83-6 ont été guéris, 12 ont été améliorés et quatre non guéris, il a trouvé à peu près la même proportion dans les cas de névralgie, de même cause. Il ne m'est pas venu à l'idée, depuis 10 ans que je note avec soin toutes les particularités des cas de réfraction qui se présentent à mon bureau privé, de mettre en relief, les rapports de la céphalalgie avec ces défauts, mais l'impression générale qui m'en reste, c'est que ces rapports sont très intimes et que la guérison, ou au moins un soulagement suit généralement l'usage des verres correcteurs. A ce témoignage se joindra, je n'en doute pas, celui de mes confrères ici présents, et vous pourrez y ajouter celui de la grande majorité des confrères spécialistes, parmi ceux qui attachent aux questions de réfraction l'importance qu'elles méritent.

Ceux-là sont convaincus qui ont l'expérience clinique journalière, qui voient dans la répétition des mêmes faits, des vérités banales qui n'ont plus besoin de démonstration.

En est-il ainsi du médecin en général ? Malheureusement non, et pour cause. Chacun évoluant dans une sphère qui lui est propre ignore trop souvent les travaux qui s'opèrent dans les branches qu'on est convenu d'appeler spécialités. Il existe aux États-Unis une certaine indifférence à l'endroit des réfractionnistes, de leurs œuvres et de leurs théories, à un tel point que la plupart des auteurs Américains semblent ignorer la question. Osler, à l'article Migraine, dans son traité de médecine, fait à peine mention des défauts de réfraction comme cause de cette affection, il ajoute que la cause en est inconnue. Allbluth, le plus récent de tous, n'en parle pas du tout, pas plus que Tyson et Anders. Dana n'en parle que pour jeter un peu de ridicule sur le rôle des verres correcteurs dans les psychoses. Collin a été même jusqu'à affirmer qu'aucun cas de migraine n'avait été guéri par les verres correcteurs. Celui-là serait bien près d'appuyer le prof. Möbius qui dit que la tendance au mal de tête fait partie de la dégénérescence qui est inséparable de la civilisation.

Evidemment la question a besoin d'être étudiée et mise au point en certains quartiers et je félicite le Dr. Dubé de l'avoir abordée. Ce n'est pourtant pas ce que nous pourrions appeler une question nouvelle, que celle de la céphalalgie, elle est vieille comme le monde. Mais elle a surtout occupé notre attention depuis 197 ans. Des 1707 Maître Jean attribuait déjà certains cas de mal de tête à l'augmentation de la tension intra-oculaire. En 1832, Welber attribue à la tension oculaire, le mal de tête, les vertiges, les nausées, à l'usage excessif des yeux. Un autre vieil auteur, William Kitchner, disait en riant, dix ans auparavant, en parlant de ceux qui devraient porter des lunettes et qui n'en portent pas "Their eyes aches, their head aches, and every bit of 'em aches."

Piory en 1850 attribue une certaine forme de migraine qu'il appelle irisalgie à une irritation de l'iris ou de la rétine. En 1861 Dyer de Philadelphie prescrivit des verres cylindriques. En 1867 Green de St-Louis, le doyen encore vivant des ophtalmologistes Américains énonça l'idée que l'amétropie avait quelque chose à faire avec certaines psychoses. En 1868 Stelwag, dans l'édition américaine de son livre, s'exprime ainsi: difficulties attending the fonctions of accomodation and of ajusting the eyes in the act of vision, or irritations arising from the nerves involved in these processes, are among the most prolific sources of nervous disturbances and more frequent than other condition constitute a neuropathic tendency.

Thomson & Norris de Philadelphie placèrent la cause de l'épuisement nerveux dans certain défauts de l'œil et constatèrent que les patients corrigés par des verres appropriés étaient guéris de maux de tête.

Le Dr Thomson rapporta ce faits à Mitchell, neurologue de Philadelphie, et celui-ci écrivit en 1874, trois articles sur cette question: deux sont consignés dans le Medical and Surgical reporter et l'autre dans l'American Medical Science en 1876. Plus tard en 1879 Thomson publia (1) un article sur l'astigmatisme comme cause de céphalalgie et de troubles nerveux variés,

(1) *Medical News and Library.*

Les cas qui sont rapportés méritent d'être rappelés, il semble qu'ils soient datés d'hier. Je les traduis d'un article de Gould, paru dans les *Annales d'Ophthalmologic*, en octobre dernier :

Le premier cas est celui d'un amétrope chez lequel coexistait quelque forme de troubles choroidiens de fatigue, de douleurs dans les yeux, congestion inflammation des paupières de la conjonctive, troubles de nutrition dans le fond de l'œil, douleurs névralgiques dans la région frontale, dans toute la tête accompagnées de vertiges et de nausées. Tous ces troubles furent entièrement guéris par l'usage de verres appropriés.

Le deuxième cas est celui d'un patient traité pendant plusieurs années par des médecins distingués des États-Unis et de l'Europe pour un pseudo-cas de maladie du cerveau et de la moëlle épinière.

Le patient ne pouvait faire le moindre usage de ses yeux, sans éprouver une longue liste de symptômes nerveux, se terminant en une crise quelconque, dont la guérison ne pouvait s'obtenir que par l'abstention complète de tout travail appliqué; écriture et lecture. Le Dr Thomson obtint une guérison complète pendant 9 ans par l'usage de verres appropriés. La presbytie étant survenue sur ces entrefaites, une nouvelle prescription fut donnée, mais l'opticien parisien qui exécuta la prescription eut le tort de la modifier à son goût et le résultat fut, pour le patient, le retour de tous les anciens troubles, qui cessèrent de nouveau lorsque les verres appropriés furent donnés.

Le troisième cas est celui d'un officier de la marine accusant des douleurs à la base du cerveau, des bourdonnements d'oreille, de l'épuisement nerveux de l'incapacité au travail mental, douleurs au-dessus de la tempe gauche s'étendant à l'occiput, tension excessive de la tête, etc., etc. Il résigna pour vivre en plein air pendant un an. Les troubles disparurent mais recommencèrent dès que l'officier reprit ses fonctions. Une autorité en maladies nerveuses diagnostiqua congestion cérébrale (aujourd'hui on dit plus souvent psychoses

neurasthénie). La vie en plein air fut de nouveau ordonnée, mais le patient ne put reprendre son travail et guérir ses migraines, ses maux de tête nerveux, scotome scintillant, hémianopsie, nausées, etc., que par l'usage de verres correcteurs appropriés.

Le *quatrième* cas est celui d'un patient accusant des maux de tête pour l'exercice de la vue de près. Des verres sphériques ne produisirent aucun soulagement mais l'addition de verres cylindriques amena la guérison. A un moment donné cependant les anciens troubles réapparurent et l'on constata alors ce qui arrive encore aujourd'hui très souvent : l'opticien ayant été appelé à reparer les lunettes brisées plaça les cylindres vis-à-vis l'œil qui n'en avait pas besoin produisant ainsi deux yeux astigmatés au lieu d'un. L'erreur corrigée tout reentra dans l'ordre.

Le *cinquième* cas rapporté par le Dr Thomson est celui d'une jeune fille qui fut obligée de quitter l'école à cause de douleurs intenses dans le fond des yeux, strabisme intermittent, etc. La mère et la grande mère éprouaient les mêmes douleurs névralgiques, toutes trois avaient de l'astigmatisme et furent complètement guéries par l'usage de verres cylindriques.

Voici donc ce que l'on pensait et ce que l'on faisait il y a trente ans dans le pays même où l'on semble ignorer aujourd'hui la cause de la migraine. Comme je viens de le prouver, la question n'est pas neuve, mais elle s'est enrichie depuis, de nombreux faits qui la mettent davantage en lumière. Ainsi les travaux de Landolt et de Stevens sur l'hétérophorie, une connaissance plus approfondie de l'astigmatisme, mise à la portée de tous les spécialistes, par l'ophtalmomètre de Javal et la skioscopie, nous ont permis de mieux corriger les défauts optiques et dynamiques de nos patients, et, par conséquent, de guérir dans la grande majorité des cas, les maux de tête que nous sommes appelés à traiter.

L'astigmatisme que nous pouvons placer par ordre de fréquence en tête des causes de céphalalgie, n'est pas un mythe que nous mettons à toute sauce et que nous fabriquons de toute pièce à nos bureaux, j'affirme que c'est une anomalie

très commune, ainsi sur une série, 848 cas de réfraction prise au hasard dans un de mes livres d'observation je relève 620 cas d'astigmatisme. Quant au diagnostic de cette anomalie il a l'avantage sur beaucoup d'autres en médecine, d'être d'une exactitude quasi-mathématique. Quel lien existe-t-il entre les troubles nerveux et les défauts de réfraction, par quel mécanisme se produisent ces relations de cause à effet. Je ne suis pas prêt à entrer profondément dans l'étude de cette question mais il est facile de concevoir que l'œil qui ne voit pas bien cherche le mieux être, et ce travail nécessite une dépense d'influx nerveux. La vision d'images doubles dans la paralysie des muscles extrinsèques du globe de l'œil produit invariablement des nausées, des vomissements et des maux de tête, qui résultent évidemment de l'instabilité des objets et de la dépense nerveuse apportée pour produire un équilibre que le paralysé n'obtient pas. Cette dépense excessive d'influx nerveux n'est-elle pas suffisamment mise en lumière par la position respective des fausses images de la diplopie ? en effet l'écartement des images est d'autant plus prononcé que l'on demande plus d'action au muscle paralysé. Mais ces faits appartiennent à des cas relativement rares, combien plus fréquents sont les cas d'hétérophorie où la vision binoculaire se maintient sans diplopie avec des insuffisances de 2, 4, 6, 8 degrés et plus.

Qu'arrive-t-il alors, l'équilibre n'est pas rompu, les lignes visuelles tendent au point de mire, mais au prix l'une dépense continuelle et anormale d'influx nerveux. C'est ce travail, cette dépense continuelle, cet effort pour fusionner et superposer les images qui fatigue et la migraine qui en résulte devient l'expression toute simple d'un épuisement nerveux. N'en voyons-nous pas des exemples remarquables ailleurs. Ainsi le fait seul de mastiquer de la gomme produit très souvent des maux de tête qui ne reconnaissent guère d'autre origine que le fait d'avoir inutilement fatigué les masseter et temporo maxillaires. Les dentistes constatent souvent des maux de tête chez des patients qui ont un défaut d'équilibre dans la mâchoire inférieure. Un côté de la mâchoire infé-

rière est pourvue de dents tandis que l'autre ne l'est pas, il en résulte fatalement un mouvement de bascule du côté dégarni, les muscles réagissent, s'épuisent en effets inutiles, et le patient finit par avoir mal à la tête.

Quant à l'astigmatisme l'effort musculaire développé est moins violent, c'est même une question à débattre que celle de l'influence des contractions partielles du muscle ciliaire sur la correction de faibles degrés d'astigmatisme. Que ces contractions aient lieu ou non elles ne peuvent, par leur amplitude, neutraliser un fort degré d'astigmatisme, d'ailleurs ce sont les légers degrés de 0.25 à 1.5 qui causent le plus de trouble. On peut donc supposer que ces contractions irrégulières, effectives ou non, produisent, elles aussi de la fatigue, au même titre qu'il s'en produit dans les efforts d'accommodation chez le presbyte.

Mais il y a plus, l'astigmatisme a des degrés différents, il est tantôt myopique, tantôt hypermétropique, quelquefois mixte, les deux yeux ne sont pas toujours affectés, et de la même manière. l'axe de plus grande courbure n'est pas toujours aux points cardinaux de la cornée, il est quelquefois selon la règle dans un œil et contre la règle dans l'autre, les axes principaux sont quelquefois obliques symétriques, quelquefois obliques en adduction, d'autres fois en adduction, et qu'arrive-t-il dans ces différents cas? Toujours une perception moins nette, et moins précise des objets, souvent des contractions des muscles extrinsèques de l'œil pour placer les yeux dans la direction où l'image se forme plus nette sur la rétine, souvent les muscles du cou interviennent et l'on voit de bonne heure la tête prendre une inclinaison qui sera le point de départ d'une scoliose.

Les myopes souffrent souvent d'insuffisance musculaire et si la myopie excède 4 dioptries, la vision rapprochée nécessite un surcroît de convergence qui entraîne avec lui un excès d'accommodation. L'accommodation ayant pour effet d'augmenter la réfringence de l'œil il s'établit un cercle vicieux contre lequel le myope lutte et qui produit la céphalalgie comme résultat. L'hypermétrope qui emploie déjà son accommodation pour voir de loin emploie ce qui lui en reste pour voir de près

et vu la dépense continuelle qu'il en fait à toute distance, il arrive qu'il lui en manque pour voir de près. L'hypermétrope devient un presbyte par anticipation, sa vue se fatigue, il a mal à la tête, le vendredi et le samedi, il est beaucoup mieux le lundi parce que son accommodation est reposée. Le presbyte est dans le même cas, mais à un âge plus avancé, après 45 ans et plus, s'il s'obstine à lire à 8 ou 11 pouces quand son accommodation le porte à 12 ou 14 pouces il éprouvera de la fatigue, il aura de la céphalalgie.

Les maux de tête nous arrivent souvent aussi en rapport avec le glaucome chronique simple. Je ne parle pas ici des inflammations aiguës de l'œil.

Les autres organes, le nez, les oreilles et la gorge, ont aussi leur contingent de céphalalgie. Dans le nez il y a le mal de tête infectieux, ou simplement de congestion, les déviations de la cloison nasale, les tumeurs adénoïdes. Toute gêne apportée à la respiration nasale, produit le mal de tête par défaut de sommeil. Enfin dans les maladies de l'oreille, à part les inflammations aiguës, il y a toute la catégorie des otites moyennes chroniques, accompagnées ou non de bourdonnements qui jouent un rôle important dans la céphalalgie. Les variations barométriques en modifiant la pesanteur de la colonne d'air qui pèse sur le tympan, produisent chez la plupart de ces patients, un malaise cérébral qui en font de véritables baromètres. Enfin les bourdonnements par leur intensité, leur caractère particulier, et surtout par leur tenacité, produisent une fatigue cérébrale qui devient un véritable tourment et une obsession qui ont contribué à conduire nombre de patients aux asiles d'aliénés.

NOTE SUR LE DOCTEUR BEAUMONT (1)

Par le Docteur E. P. BENOIT,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame, Professeur suppléant de pathologie interne
à l'Université Laval.

Le docteur William Beaumont est né à Lebanon, dans l'état du Connecticut, le 21 novembre 1785.

C'était le fils d'un cultivateur pauvre. Il avait reçu une éducation élémentaire à l'école de son village, et sut mettre de côté, par son travail, quelques économies. A vingt-deux ans, il quitta le toit paternel, possédant pour tout bien, un cheval, une voiture, quelques provisions de bouche, et cent piastres dans sa poche. Il voulait s'établir. Après avoir traversé le Massachusetts et le Vermont, il vint se fixer à Champlain, sur la frontière du Canada. Là, il fut pendant trois ans maître d'école. Dans ses moments de loisir, il lisait les livres de médecine du docteur Seth Pomeroy, qui fut son ami et son premier patron. Puis, la vocation s'étant déclarée, il entra comme clerc chez le docteur Chandler, de St Albans, qui lui donna des leçons pendant deux ans.

En 1812, lors de la guerre entre l'Angleterre et les États-Unis, William Beaumont s'engagea comme assistant chirurgien au 6e régiment d'infanterie, à Plattsburg; fit en 1813, la campagne du lac Ontario, assista à la prise de Yorktown et du Fort-George, puis en 1814, à la bataille de Plattsburg. La guerre terminée (1815), il demeura pendant cinq ans à Plattsburg pour y exercer sa profession. En 1820, il se réengagea dans l'armée américaine et fut envoyé au fort Michillimakinac. Il avait à ce moment trente-cinq ans.

C'est là que se présenta à lui une occasion exceptionnelle qu'il sut mettre à profit, ayant développé son jugement par l'étude, et son goût du travail par une vie de labeur et d'énergie.

Le fort de Michillimakinac était situé sur l'île du même nom au confluent des lacs Huron et Michigan. Le père Marquette le découvreur du Mississipi, l'habita longtemps ; c'est là que

(1) Communication au IIe Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, juin 1904.

Lasalle, Tonty, Duluth et les autres, faisaient la traite aux pelleteries avec les sauvages, au temps de la domination française.

Le fort, occupé par les troupes des États-Unis depuis le traité de Gand, était encore fréquemment visité par les sauvages et les voyageurs canadiens, qui venaient chercher des provisions au magasin de la Compagnie. Car il y avait encore à Michillimakinac un poste pour la traite des pelleteries.

Au printemps de 1822 arriva sur l'île, avec des compagnons, un jeune canadien de dix-sept ans, nommé Alexis Saint-Martin. Il était né à Berthier, dans la province de Québec. C'était un jeune homme de taille moyenne, ne sachant ni lire ni écrire, mais vigoureux, bien musclé, d'esprit aventureux, le type enfin du voyageur canadien.

Le matin du 6 juin, après déjeuner, dans le magasin de la Compagnie, Alexis Saint-Martin reçut par accident, à trois pieds de distance, un coup de fusil qui fracassa le paroi thoracique et mit à nu une partie du poumon et de l'estomac. La blessure renfermait des plombs et des parcelles de vêtements : l'estomac perforé laissait couler des débris d'aliments. Tout le monde pensa bien que le blessé n'en reviendrait pas.

Le docteur Beaumont, appelé en toute hâte, fit transporter Saint-Martin chez lui et lui donna des soins immédiats. On s'imagine combien patients, laborieux, persévérants ces soins durent être, à une époque où la chirurgie abdominale n'existait pas, où l'asepsie était chose inconnue. Mais le docteur Beaumont était patient et laborieux ; c'était de plus un homme instruit ; enfin Saint-Martin avait une constitution de fer. Après dix mois de pansements, la blessure prit un meilleur aspect : deux ans après, le blessé, encore très faible, put marcher et avoir soin de lui ; enfin il ne resta plus, dans la paroi de l'abdomen, qu'une fistule stomacale qui persista, mais sans nuire à l'alimentation du malade. Saint-Martin reprit sa vigueur première et se remit à travailler.

C'était un homme reconnaissant. Il ne voulut pas d'abord quitter celui qui lui avait, avec tant de dévouement, sauvé la vie, et suivit le docteur Beaumont dans les différents postes où

il stationna avec son régiment ; au fort Niagara, à Burlington, à Plattsburg, au fort Crawford dans le Haut-Mississippi. C'est à travers ces pérégrinations, que le docteur Beaumont commença d'étudier, sur son patient à fistule, les phénomènes de la digestion, que la physiologie n'avait pas encore réussi à expliquer.

Mais Saint-Martin avait l'esprit vagabond d'un voyageur. Dès que les forces lui furent complètement revenues, il glissa souvent des mains du Dr. Beaumont. Celui-ci dut quelquefois le supplier longtemps avant de le décider à revenir. C'est ainsi qu'en 1825, Saint-Martin vint passer quatre ans dans son pays natal, s'y maria, eut deux enfants. Puis un bon jour, il décida sa femme à l'accompagner dans l'ouest, et alla rejoindre le docteur sur le Mississippi. En 1831, la femme, prise de nostalgie, voulut à tout reste revenir au pays. Saint-Martin n'hésita pas : il mit sa femme et ses enfants dans son canot, descendit le Mississippi, passa par Saint-Louis, remonta la rivière Ohio, traversa l'état d'Ohio jusqu'aux lacs, descendit le lac Erié, le lac Ontario et le fleuve Saint-Laurent, et arriva à Montréal au mois de juin. Si jusque là le docteur Beaumont avait conservé des doutes sur la guérison définitive de son patient, ce coup de force et d'endurance dut le rassurer.

Saint-Martin, d'ailleurs, vécut très vieux. Il mourut à Saint-Thomas de Joliette, le 24 juin 1880, à l'âge de 83 ans.

Le docteur Beaumont publia, en langue anglaise, le résultat des études faites par lui sur Saint-Martin, dans un livre imprimé à Plattsburg en 1833, et qu'il intitule : "Expériences et observations sur le suc gastrique et la physiologie de la digestion." Ce livre eut un grand retentissement. En 1834, le ministre américain à Paris, M. Livingston, ayant parlé du cas à Orfila, l'Académie des Sciences de Paris nomma une commission pour prendre connaissance des expériences du docteur Beaumont, et il fut question de faire venir Saint-Martin en Europe. En 1840, la Société Médicale de Londres souscrivit, dans le même but, 300 ou 400 livres sterling. Il est certain

que Saint-Martin, qui avait fini, après avoir vécu quelques années à Washington, où le docteur Beaumont lui avait obtenu une place au ministère de la guerre, par se fixer sur une terre dans le comté de Berthier, il est certain, dis-je, que Saint-Martin fit le voyage d'Europe. En 1856, il se rendit aussi à Philadelphie, où le docteur Francis Gurney Smith vérifia les expériences de Beaumont.

Pour saisir toute l'importance des recherches du docteur Beaumont, il faut bien se rappeler qu'à l'époque où vivait ce médecin, la chimie organique n'existait pas ou à peine, ni la physiologie expérimentale.

Beaumont, dans cette voie, fut un pionnier. On savait fort peu de choses sur ce qui se faisait dans l'estomac pendant la digestion, sur le mode d'action du suc gastrique, sa nature, son comportement en dehors de l'organisme. Dans un livre de physiologie publié aux États-Unis en 1832, un an avant celui de Beaumont, l'auteur, Dunglison, discutait les diverses théories par lesquelles on expliquait la digestion. Cet acte physiologique, disait-il, pouvait se faire : 1° par concoction ; 2° par putréfaction ; 3° par trituration ; 4° par fermentation ; 5° par macération. Mais il se gardait bien de conclure. En face de cette incertitude de la science, un contemporain, William Hunter, homme de bon sens et d'esprit, disait dans une de ses chroniques : "Quelques physiologistes veulent que l'estomac soit une meule, d'autres que ce soit une cuve à fermentation ; d'autres encore que ce soit une casserole à ragoût ; à mon point de vue, ce n'est ni une meule, ni une cuve à fermentation, ni une casserole à ragoût, mais un estomac, messieurs, un estomac !" En quoi il avait parfaitement raison. Mais il eut été bien embarrassé de s'expliquer davantage.

C'est au docteur Beaumont qu'était réservé l'honneur de révéler au monde scientifique, et cela avec toute la précision que permettait la science de son époque, que l'acte de la digestion est dû à la sécrétion et à la motilité de l'estomac, et que c'est avant tout un acte chimique.

Beaumont, sans doute, fut favorisé par une occasion exceptionnelle. Mais il était homme à savoir tirer parti de l'occa-

sion. On constate, en lisant son livre, qu'il fit ses observations avec un esprit scientifique excellent, ne s'appliquant sur aucun préjugé, sur aucune théorie déjà faite, cherchant simplement à connaître la vérité, et rien de plus. Il raconte sobriement les faits qu'il a observés et les laisse parler pour eux-mêmes. Lorsqu'il apprécie lui-même ces faits, c'est avec équité et modération, réservant aux autres le soin de conclure.

Mais les faits qu'il a si bien observés, et observés sur le vif, sont de la plus haute importance.

Il y a des pages du livre de Beaumont qui sont classiques. Telle est, par exemple, sa description exacte et complète du suc gastrique, laquelle, soit dit en passant, nous aide à comprendre, jusqu'à un certain point, les causes qui favorisèrent la guérison d'Alexis Saint-Martin.

"Le suc gastrique pur, pris directement dans l'estomac d'un adulte sain, et non mélangé à d'autre fluide, si ce n'est à une portion du mucus de l'estomac, avec lequel il est le plus communément et peut-être toujours combiné, est un liquide clair, transparent, inodore, à saveur légèrement salée et très visiblement acide. Quand on l'applique sur la langue, son goût est semblable à de l'eau mucilagineuse légèrement acidulée avec de l'acide muriatique, Il se dissout facilement dans l'eau, le vin ou l'alcool, est légèrement effervescent avec les alcalis, et constitue un dissolvant actif des *materia alimentaria*. Il possède la propriété de coaguler l'albumine à un degré marqué; c'est un antiseptique puissant, qui arrête la putréfaction de la viande; il restore d'une manière effective les fonctions saines quand on l'applique sur des plaies vieilles et fétides, sur des surfaces sanieuses et ulcérées.

Cette description nous donne une idée de la minutieuse observation de Beaumont. Il prouva, dans son livre, que les éléments essentiels du suc gastrique et le mucus proviennent de sécrétions distinctes. Il donna la première étude complète et sensée des mouvements de l'estomac; sur ce point, nos connaissances actuelles sont entièrement basées sur ces observa-

tions. Il se rendit compte que l'acide important du suc gastrique est l'acide muriatique ou chlorhydrique. Ne lui faisons pas de reproche de n'avoir pas trouvé la pepsine. La chimie organique, je le répète, existait à peine à cette époque ; c'est la science, et non l'observateur, qui faisait ici défaut. Ces découvertes physiologiques, d'ailleurs, constituaient déjà un beau résultat.

Mais le docteur Beaumont était un homme trop pratique pour s'arrêter en si bon chemin. Il poussa plus loin ses analyses, et s'appliqua à étudier la digestibilité des diverses substances alimentaires. C'est ainsi qu'il put établir l'influence profonde exercée par l'état mental sur la sécrétion gastrique et la digestion, la disparition très rapide par le plore de l'eau ingérée dans l'estomac, la rapidité de la digestion des aliments solides, l'influence pernicieuse exercée sur la digestion par l'alcool, le thé, le café pris en excès. Il faut voir avec quelle clarté il fait ressortir les avantages de la sobriété. "L'organisme exige beaucoup moins, écrit-il, qu'on lui donne généralement. L'estomac n'utilise qu'une quantité définie d'aliments. Si l'on prend plus que les besoins réels de l'économie ne le demandent, le résidu demeure dans l'estomac, devient une source d'irritation, détermine comme conséquence une aberration fonctionnelle, ou bien passe dans l'intestin dans un état non digéré et y apporte son influence délétère. La dyspepsie résulte plus souvent de l'abus des aliments et des boissons que de toute autre cause."

Les observations de Beaumont sont exactes et ont soutenu l'épreuve du temps. Pawlow, le physiologiste russe, dont le livre sur la digestion, publié récemment, a beaucoup attiré l'attention du monde médical, n'a fait en somme que répéter et confirmer les observations du médecin américain. Il a pu, en pratiquant chez les chiens des fistules gastriques expérimentales, constater que le suc gastrique ne s'accumule pas dans l'estomac pendant le jeûne, que la sécrétion la plus active a lieu au début de l'ingestion des aliments, et qu'il y a une relation di-

recte entre la quantité d'aliments ingérés et la quantité de suc sécrété. C'est ce que Beaumont lui-même avait vu lorsqu'il dit : "Quand l'aliment est reçu, le suc est sécrété dans la proportion exacte requise pour sa solution." Ou encore : "Après l'apport de l'aliment, toute la quantité de suc nécessaire à sa digestion est sécrété et mêlé avec dans une courte période."

Les observations du docteur Beaumont, basées sur 238 séries d'expériences pratiquées de 1822 à 1832, et publiées dans un volume in-8 de 280 pages à peine, sont demeurées inattaquables. Elles forment l'une des plus belles pages de l'histoire de la médecine en Amérique ; elles nous donnent du caractère de leur auteur une opinion des plus élogieuses. C'est à l'âge de trente sept ans que l'ancien maître d'école de Champlair, l'ancien clerc des docteurs Pomeroy et Chandler, mis en présence d'un cas de pratique exceptionnelle, sut en saisir, dès le débat, toute l'opportunité, et mener à bonne fin une étude longue et difficile, dont lui seul devait déterminer les moyens. Il le fit avec un esprit scientifique de premier ordre, et y gagna la gloire. Il mourut à Plattsburg le 25 avril 1853.

**EVIDEMENT PETRO-MASTOÏDIEN POUR CHOLESTÉATOME.
MORT PAR GANGRENE PULMONAIRE. (1)**

Par le Docteur J. N. ROY

Membre de la Société française d'Ophthalmologie, membre correspondant de la Société française d'Otorhinolaryngologie, médecin assistant à la clinique d'Ophthalmologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal, Officier d'Académie.

L'observation que je vais vous rapporter, Messieurs, est très rare en otologie, et les complications qui amenèrent le dénouement fatal chez mon malade, intéresseront, je crois, non-seulement l'auriste, mais aussi mes confrères qui font de la médecine générale, et les chirurgiens.

Il s'agit d'un jeune homme qui était porteur, depuis dix-sept ans, d'une otite moyenne suppurée chronique et un cholestéatome s'était développé dans son autre.

"Le cholestéatome est une tumeur blanchâtre, formée de perles nacrées caractéristiques ; elle est recouverte à la périphérie, d'une membrane brillante dont les reflets sont dus à des interférences lumineuses ; au centre, elle renferme un magma caséeux grisâtre et fétide, formé de pus épais, de cholestérine et de microbes divers. La structure histologique de ces tumeurs perlées est aussi caractéristique ; elles sont constituées par des cellules épithéliales pavimentées cornées, disposées en couches concentriques, et dans l'inter valle de ces couches on trouve quelques cristaux de cholestérine." (Lermoyez.) Ces tumeurs se développent surtout dans l'antre et l'attique. Par l'envahissement de ces cavités elles font quelquefois irruption dans le crâne, soit à la partie supérieure en décollant la dure-mère sans la perforer, soit dans la direction inférieure, ou encore vers le sinus latéral. Le cholestéatome est une très grave complication de l'otite moyenne suppurée chronique, que d'ailleurs il entretient, et peut aussi conduire à la mort par phlébite du sinus.

Quant à son traitement il est presque toujours chirurgical, et consiste dans l'ablation des osselets, afin de pouvoir l'extraire, si possible, par des lavages de l'attique, et surtout par l'évidement pétro-mastoïdien. Nous verrons tout à l'heure ce qui m'obligea à faire tout de suite cette grande opération.

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, séance du 22 novembre 1901.

malgré les ennuis des pansements qui doivent être faits tous les jours, et qui sont assez douloureux, et la lenteur de l'épidermisation qui prend une moyenne de cinq à sept mois.

Je crois qu'il serait à propos d'expliquer ici la différence qui existe entre la trépanation pour la mastoïdite simple, et l'évidement pétro-mastoïdien. Cette opération est encore assez peu connue, puisque le Dr Lassalle et moi, avons fait, je crois, les sept premiers évidements à Montréal, et même au Canada, si je puis m'en rapporter à certaines revues médicales anglaises.

J'aurai d'ailleurs l'occasion de vous présenter plus tard, une de nos évidés qui fit un abcès extra dural, et qui eut ensuite de l'érysipèle, où nous fûmes obligés d'employer le sérum anti-streptococchique de Marmorek.

La trépanation consiste donc à ouvrir l'antra, les cellules péri-antrales et les cellules de la pointe, à bien curetter le tout, et à laisser guérir la plaie par granulation. La guérison s'obtient au bout de cinq à six semaines en moyenne.

L'évidement pétro-mastoïdien a pour but d'enlever toute la partie de la mastoïde qui est susceptible d'être atteinte d'ostéite; c'est-à-dire toute la partie postérieure du conduit auditif. Pour faire cette opération, nous ouvrons d'abord l'antra et nous nous rendons à la caisse en passant par l'aditus et l'attique. Nous sommes aussi obligés d'enlever le tympan, le marteau et l'enclume. Le conduit membraneux est ensuite séparé par le milieu, et les lambeaux servent à faire l'auto-plastie. Il nous reste après, à faire les pansements qui doivent être répétés tous les jours, et cette cavité doit guérir par épidermisation, et conserver toujours la forme qu'elle avait après l'évidement. Telle est la différence qui existe avec la trépanation, ou la plaie se comble par bourgeonnement.

Observation.—M. A. est admis à l'Hôtel-Dieu, le 20 juillet dernier, pour un écoulement de l'oreille gauche, et des douleurs à la mastoïde.

Il est âgé de 21 ans, et dit que son oreille coule depuis 17 ans.

Elle n'a jamais été soignée.

Comme antécédents personnels, le malade déclare avoir toujours joui d'une excellente santé ; cependant, depuis six mois, il ne se porte pas aussi bien, car il tousse un peu, crache du pus et maigrit.

Ces symptômes ont surtout augmenté depuis la fin d'avril, où il commença à faire de la fièvre l'après-midi.

Mon malade reste à la ville depuis quelques mois seulement, il travaille le bois dans une manufacture, et pèse environ cent livres au moment de l'examen. Antérieurement il a toujours habité la campagne, et quoique de taille moyenne il a déjà pesé cent-soixante-dix livres.

Il y a quatre jours, le malade eut des frissons, fit de la température, et ressentit des douleurs assez vives à la région mastoïdienne gauche, qui allaient en augmentant ; aussi ces symptômes le décidèrent à venir à l'hôpital.

Le patient n'a jamais eu précédemment de douleur auriculaire, mais depuis trois mois se sentait très apathique.

Son histoire ne nous révèle aucune maladie contagieuse. Pas de tuberculose ni spécificité.

Comme antécédents héréditaires, M. A. appartient à une famille très saine, sans aucune tare.

A l'examen de l'oreille gauche, nous trouvons le pavillon légèrement décollé, la région mastoïdienne oedématiée, et sensible à la pression aux trois endroits classiques.

La coloration de la peau est normale.

Le conduit contient du pus grumeleux très fétide ; et après nettoyage nous trouvons la membrane de Shrapnell assez largement perforée.

Nous faisons un lavage de l'attique, qui ramène des débris épithéliaux et quelques lamelles nacrées desquamées qui nous font penser au cholestéatome.

Nous continuons notre examen en prenant l'audition qui nous donne le résultat suivant à gauche.

Montre air....0.10 centimètres

Voix haute....1.50 mètre

Voix basse....0.20 centimètres

Montre os....1.20,0,0.

Weber...latéralisé à gauche

Rinne....—10 secondes

Gellé épreuve impossible vu la perforation.

Érat absolument normal de l'oreille droite, des fosses nasales, du pharynx et du larynx.

En présence de ces symptômes, il était évident que nous avions affaire à une mastoïdite réchauffée, compliquée de cholestéatome, et nous prescrivons à notre malade de la glycérine phéniquée dans l'oreille, et de la glace en permanence sur la mastoïde.

Malgré ce traitement assez énergique, notre patient continue à souffrir et fait jusqu'à 103° de fièvre ; aussi nous décidons de faire de l'opération qui est pratiquée le 26 juillet.

Après anesthésie au chloroforme, et antisepsie du champ opératoire, nous faisons l'incision rétro-auriculaire au lieu d'élection. L'apophyse est éburrée comme on la rencontre presque toujours dans les cas de cholestéatome, par la réaction du tissu osseux voisin. L'antré étant ouvert, renferme une masse cholestéatomateuse de la grosseur d'un pois, avec du pus grumeleux et des fongosités. La dure-mère est à nue par ostéite des cellules péri-antrales, ainsi que le sinus latéral qui n'est pas thrombosé. Ils sont aussi tous les deux couverts de fongosités. Après un curettage très soigneux de cette partie ; car de là dépend toujours le succès de l'intervention, vu la tendance du cholestéatome à la récurrence, nous continuons l'opération en enlevant toute la paroi osseuse postérieure du conduit. La caisse est aussi curettée, après ablation du tympan et des osselets, qui sont à moitié disparus par la suppuration. Nous terminons par l'autoplastie du conduit membraneux qui est divisé par sa partie médiane, et les lambeaux sont suturés dans les angles de notre incision rétro-auriculaire. Badigeonnage à la teinture d'iode, et temponnement à la gaze iodoformée.

Nous remarquons une certaine infiltration de la nuque du côté gauche, mais il nous est impossible de trouver aucun point ramolli, ni trajet fistuleux ; d'ailleurs l'apophyse n'est pas perforée.

Après l'opération la température tombe à la normale et s'y maintient pendant deux jours ; cependant la tuméfaction que nous avons remarquée à la nuque continue à progresser, la fièvre se rallume, et le malade accuse de la douleur à cette région.

Nous enlevons le pansement le 30, et nous trouvons une

collection purulente d'environ une once, qui avait mis à nue une partie de l'occipital.

Cette collection est ouverte sous chloroforme; la plaie est drainée, et nous renouvelons le pansement par l'ouverture rétro-auriculaire qui n'a pas été suturee après l'opération. Cette cavité ne contient pas de pus et a une jolie apparence.

Les pansements consécutifs sont faits tous les jours aux deux endroits; l'abcès est badigeonné à la teinture d'iode et temponné à la gaze iodoformée.

À la fin d'une semaine, la suppuration est parfaitement tarie, et l'intérieur de la plaie est recouvert d'une surface bourgeonnante de bonne nature.

À partir de ce moment il ne se reforme plus de matière et la cavité auriculaire commence déjà à s'épidermiser avec les pansements compressifs à la gaze simple stérilisée.

Malgré cet état si encourageant, mon malade ne va pas bien; car il maigrit, a de légers frissons, fait de la fièvre hectique, a un mauvais teint, tousse et crache du pus en assez grande abondance.

Voulant nous renseigner sur la nature des crachats, nous en faisons faire l'analyse microscopique; ceux-ci renfermant des streptocoques, des staphylocoques et des microbes divers en très grand nombre, mais il n'y a pas de bacilles de Koch.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Nous prions alors le médecin de service de la salle St-Joseph, ainsi qu'un interne, de vouloir bien faire un examen très attentif de notre malade; car depuis le commencement d'août, il se plaint d'un point au côté gauche et de dyspnée.

Le résultat de l'examen fut: hépatisation à la base du poumon gauche, état normal du cœur et des autres organes.

Ils lui prescrivent alors un traitement "ad hoc", mais qui n'améliore en rien l'état de notre malade; car les frissons sont très forts, la fièvre continue et atteint jusqu'à 104°. Les trois derniers jours, le point de côté et la dyspnée augmentent, et le patient meurt dans la soirée du 20 août, c'est-à-dire un mois après son entrée à l'hôpital.

Nous demandons alors l'autopsie qui fut faite par M. le Dr Lebel, interne à l'Hôtel-Dieu, et qui eut l'amabilité de nous transmettre l'examen "post mortem" suivant.

Autopsie.—À l'ouverture du thorax, un flot de liquide séropurulent s'échappe du côté gauche. La quantité de liquide que contient la plèvre gauche égale environ un litre. Le

poumon du même côté nous présente une immense échancre à la base et sur la partie externe de son lobe inférieur. Cette cavité, due à un foyer de gangrène pulmonaire, est remplie de débris putréfiés baignant dans le liquide. Ce qui reste de la base de cet organe est adhérent au diaphragme. Le reste de ce lobe est parsemé de petits abcès en voie de formation. Quant au lobe supérieur, il présente un affaissement complet, dû sans doute au pyo-pneumo-thorax produit par la rupture du foyer dans la plèvre.

Le poumon droit nous présente à son tour de petits abcès récents sur le lobe inférieur avec de nombreuses adhérences à la partie postérieure.

Il n'y a pas de nodules tuberculeux.

L'ouverture du péricarde laisse couler environ quatre onces d'un liquide séreux, et nous trouvons sa paroi légèrement rugueuse. Le cœur droit renferme un gros caillot fibrineux; le volume de l'organe et les valvules sont à l'état normal.

L'examen de la cavité abdominale laisse voir une rate hypertrophiée et très congestionnée.

L'appendice un peu augmentée de volume est remplie de matières fécales sémi-liquides.

Tout l'appareil urinaire est en bon état, ainsi que le foie qui est normal.

L'ouverture du crâne nous permet de constater un cerveau parfaitement sain, sans aucune trace de méningite.

D'après le rapport de l'autopsie, il est évident que le malade a succombé à un foyer de gangrène pulmonaire avec pyo-pneumo-thorax, et abcès miliaires disséminés dans les deux poumons.

Maintenant, il s'agit de savoir par quelle voie s'est faite l'infection ? Quelle est l'étiologie de ce foyer gangreneux ?

Ce sont là des questions qui se posent naturellement à notre esprit, et qu'il serait très intéressant de discuter ensemble.

Pour expliquer le mode d'infection, je ne puis faire mieux que de citer les paroles autorisées de Dieulafoy : "Toutes les fois qu'un foyer purulent putride ou gangreneux existe quelque part dans l'économie (otite, appendicite, phlébite suppurée, ostéo-myéélite, etc.), ce foyer peut devenir l'origine d'embolies spécifiques microbiennes, qui aboutissent au poumon et y déterminent la gangrène."

Or, chez notre malade il existait un foyer purulent de l'o-

reille gauche, entretenu par le cholestéatome, et qui depuis dix-sept ans rendait un pus fétide. Il nous est donc permis de penser, avec Dieulafoy, qu'une embolie microbienne, partie de ce foyer a pu être l'origine d'une lésion de même nature dans le poumon. La même explication s'applique aussi à l'abcès de la nuque que nous avons mentionné antérieurement.

Quant à la cause, devons-nous penser à une embolie pulmonaire ? Mais le malade n'a présenté aucune lésion d'endocardite, ni à l'auscultation ni à l'autopsie.

Inutile d'invoquer l'embolie alimentaire ; rien dans l'histoire de notre patient nous permet une telle supposition.

Il ne vient pas non plus à notre pensée, de croire à un kyste hydatique suppuré ; l'examen du pus ne nous révèle la présence d'aucuns crochets. D'ailleurs, le malade n'a pas présenté de symptômes subjectifs de cette maladie.

Dans l'histoire de notre patient, il n'y a aucun indice d'appendicite, ni aucun signe de foyers suppurés en quelque part. De plus, l'autopsie nous démontre que le foyer gangréneux n'intéressait aucunement la scissure interlobaire, et nous révèle la présence d'aucun foyer de pneumonie, excepté sur le pourtour de la lésion gangréneuse.

Donc, aucun de ces facteurs étiologiques ne sauraient être mis en cause, et il nous reste à venir à la conclusion que l'infection du poumon a été causée par la suppuration de l'oreille.

Je serais très heureux d'entendre quelques remarques de mes confrères en médecine générale, ici présents, et afin de permettre aux chirurgiens de prendre la parole, je terminerai mon travail par une petite réflexion.

La gangrène du poumon et le pyo-pneumo-thorax, auraient pu être reconnus par l'examen radioscopique du sujet. Dans ce cas, nous aurions pu avoir recours à un chirurgien qui, à l'aide de la costotomie ou de l'opération d'Estlander aurait donné issue au pus collecté dans la plèvre.

Mais le pronostic aurait-il été changé pour cela ? Non, car la dissémination de l'infection dans les deux poumons nous porte à penser le contraire. Cependant, nous aurions fait en plus, tout ce que l'art nous suggère de tenter dans un cas désespéré.

ENCHONDROME DE LA PAROTIDE DU DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA REGION PAROTIDIENNE

Par le Docteur HENRI LASNIER,

Elève des Hôpitaux de Paris et de l'Institut Pasteur, ex-assistant chirurgien au
"London Hospital", Angleterre.

Un malade nous était envoyé l'année dernière, porteur d'une tumeur en avant de l'oreille du volume d'une orange. Agé d'une quarantaine d'années, ce malade faisait remonter l'apparition de cette tumeur à l'âge de 20 ans. Il s'était aperçu alors seulement de la présence d'une petite tumeur grosse comme une tête d'épingle, derrière le lobule. Ça s'était mis à grossir petit à petit. Ce développement s'est fait d'une manière lente et régulière, sans douleur. C'est à peine s'il a senti quelques fourmillements. Il n'avait consulté qu'une fois un médecin. La tumeur maintenant occupe toute la région parotidienne droite.

La limite en haut se trouve sur une ligne qui partirait du bord de l'œil au tragus. En avant la limite est plus mal définie. Elle présente le volume d'une orange. Elle mesurait 12 ou 13 centimètres dans son plus grand diamètre. A l'œil elle paraît régulière. Les poils ne sont pas plus ni moins nombreux qu'ailleurs. La peau est absolument normale. Par la palpation on voit qu'elle est lobulée, présente trois ou quatre lobules. Sa consistance est essentiellement variable selon les points où on la palpe. Dans certains points elle est d'une mollesse extrême, c'est de la pseudo-fluctuation; dans d'autres elle est d'une dureté extrême qui rappelle celle du cartilage. Cette tumeur s'implante sur la région par une base très large. On voit qu'elle se prolonge dans la loge parotidienne. Ce ne sont pas des adhérences, cela résulte tout simplement de ce que la tumeur plonge dans la loge parotidienne.

Il n'y a pas d'adhérences qui l'unissent aux parties voisines car les mouvements légers qu'on lui imprime seraient impossibles.

Sachant que la loge parotidienne est bornée à sa partie interne par la paroi du pharynx. Nous avons examiné si la tumeur ne donnait pas un prolongement du côté de la cavité pharyngienne. Il n'y en a pas. De même qu'en présence

d'un cancer présumé, nous avons recherché les ganglions. Nous n'avons trouvé aucun ganglion.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel. Le maxillaire a toute l'étendue de son mouvement. Il n'y a pas de phénomènes de compression. Il y a comme on sait une foule d'organes dans cette région qui peuvent être affectés, surtout des nerfs. Cependant il n'a aucune paralysie ni névralgie, il n'a jamais été malade une heure. Nous avons examiné les organes internes. Rien. Nous avons constaté que la glande salivaire des deux côtés est la même. Pas de sécheresse de ce côté.

Nous devons nous poser deux questions en face des tumeurs de la région parotidienne.

Quel est son siège ? Et quelle est sa nature ? nous avons manifestement ici une tumeur sous-aponévrotique. Quant à sa nature. Eh bien, nous pouvons d'abord établir que c'est une tumeur solide malgré les points ramollis dont j'ai parlé. Le point le plus molle n'est pas fluctuant. En d'autres points c'était dur comme du cartilage. Ailleurs elle a la consistance des tissus musculaires. La conséquence de cette variété de consistance, c'est qu'on peut conclure que c'est une tumeur bénigne ou relativement bénigne ! Pourquoi ? Parce que ces caractères sont opposés au cancer. On sait que dans le cancer il y a toujours des adhérences—adhérences au maxillaire, ou à l'apophyse mastoïde. L'absence d'adhérence, caractère important qu'il faut rechercher soigneusement. C'est un précieux élément de diagnostic dans les tumeurs de cette région.

Le propre du cancer, nous venons de le dire, c'est d'envahir les organes voisins, c'est particulièrement les nerfs—c'est de les comprimer et de les envahir par dégénérescence, de déterminer de la paralysie, des névralgies, des douleurs artocées. Quand il n'y a absolument pas d'adhérences, ni de ganglions, c'est un signe presque certain que ce n'est pas du cancer.

Il n'y avait pas de prolongement dans le pharynx. Le cancer même de petit volume se propage dans la fosse parotidienne et va jusque dans le pharynx. On connaît les propriétés qu'a le cancer d'envahir les ganglions.

Puis il y a un autre point qui existe dans le cancer. C'est l'altération de la santé générale. Dans notre cas, le malade se portait bien, avait toutes les apparences de la santé.

Un autre point important, c'est l'évolution de la tumeur. Le cancer évolue toujours très rapidement.

Quand il s'agit de diagnostiquer la bénignité ou la non-bénignité il y a lieu d'interroger l'hérédité.

Il a trois frères bien portants, une sœur morte d'affection stomacale.—Malgré ce petit point je crois qu'on peut hardiment prononcer un pronostic favorable dans ce cas-ci.

Il peut y avoir une variété de tumeurs solides qui ne sont pas du cancer dans cette région.—

Il y a le sarcôme,
le fibrôme,
l'Adenô-fibrôme,
l'Euchondrôme.

Il est rare de rencontrer une tumeur pure. C'est plus souvent une tumeur mixte, qui ordinairement est constituée par de l'adénôme, du fibrôme et de l'enchondrôme, en proportions variées.

Un fait important pour le clinicien c'est qu'il peut reconnaître cette variété mixte dans presque tous les cas.

Le Mixo-sarcome est fluctuant, d'une fausse fluctuation. Si la résistance est très dure, c'est une tumeur cartilagineuse, la résistance est très dure, répond à la tumeur cartilagineuse, c'est de l'*Euchondrome*.

Dans votre cas c'est peut-être du fibro sarcôme en certains endroits, avec de l'adénôme et de l'enchondrôme en d'autres. L'évolution—très variable selon le cas. Quelques-unes de ces tumeurs ont un développement infini. Quand on les opère elles ne récidivent pas. Elles ont ordinairement commencé dans la jeunesse.

Mais elles se sont développées par poussées, sans qu'on sache pourquoi. Quelques-unes après s'être développées lentement se mettent à se développer rapidement et prennent les caractères de tumeurs malignes.

Pronostic.—Si l'on a à répondre à la question, est-ce une tumeur maligne, absolument maligne? On répond, les unes

sont bénignes qui se développent lentement, celles qui, au contraire prennent tout à coup une allure rapide sont souvent malignes.

Les tumeurs qui récidivent après opération seraient d'après monsieur Duplay celles que l'on opère au moment où elles deviennent malignes, un prolongement, quelques cellules laissées dans les tissus environnants seraient insuffisantes pour amener une récurrence, une généralisation.

Comme on ne sait jamais si la tumeur n'est pas arrivée à cette période de poussée il faut réserver le pronostic et conseil l'opération.

Réserve du pronostic, opération conseillée, tel est le résumé de la conduite à tenir en cette circonstance.

Dans les tumeurs cancéreuses, l'opération est toujours laborieuse et difficile et extrêmement grave dans ses conséquences. Autrefois, avant les pinces de Pean—les hémorragies étaient surtout à craindre.—Aujourd'hui on peut plus facilement écarter le danger. Quand à l'opportunité de l'opération nous sommes bien portés à nous ranger à l'opinion de monsieur Lefort, exprimée au congrès de Paris en 1900.

“Je comprends qu'en présence de résultats si souvent désastreux que bien des chirurgiens aient été découragés d'intervenir dans les cas de cancers très étendus, nous ne songeons nullement à les en blâmer, c'est affaire de conscience à eux. Quant à nous, aussi longtemps qu'on n'aura contre le cancer que le couteau, nous ne nous demanderons pas si l'opération a des chances de tuer le malade, mais si elle a des chances de le sauver, si on a des chances de tout enlever des tissus cancéreux, car lorsqu'un cancer “reprend” c'est qu'on n'avait pas tout enlevé. Le cancer ne récidive pas, il continue.”

“Tout enlever” c'est là que la question même dans un cas de cancer de la parotide, comme dans les autres cancers, nous conseillerions l'opération, si l'on entrevoit la possibilité de tout enlever (ganglions et tumeur).

M. Lefort, au congrès de Paris en 1900 a cité plusieurs guérisons dans des cas en apparence désespérés. Dans l'un de ces cas il avait fallu enlever presque la moitié de la face. Au besoin une pièce plastique peut assez souvent comme on le sait réparer la difformité.

PRONOSTIC ACTUEL ET THERAPEUTIQUE NOUVELLE DU TABES (1)

Par le Docteur MAURICE FAURE
Chef de Laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Paris.

C'est une idée erronée que de considérer le Tabès comme justiciable d'une thérapeutique unique, c'est-à-dire d'un médicament. Que ce médicament soit le nitrate d'argent, comme jadis ; que ce soit le mercure, comme aujourd'hui, l'idée reste la même et le but est toujours de guérir le malade avec *un remède*.

Une maladie nerveuse n'est pas une équation, dans laquelle un poison égale un contre-poison. L'évolution du Tabès est en rapport avec des infections et intoxications variées. Le malade est toujours un problème complexe, et il faut, dans chaque cas, faire la part de la syphilis, du surmenage, de l'alcoolisme, du tabagisme, de la grippe, de la tuberculose, etc. A cause du rôle prédominant de la syphilis dans la pathogénie du Tabès, il est incontestable que le traitement antisiphilitique doit toujours être tenté, surtout si le tabétique n'a pas encore subi de traitement antisiphilitique intensif, surtout au début du Tabès. Mais on ne doit pas maintenir ce traitement, au nom d'une idée préconçue et contre l'expérience, lorsqu'il donne de mauvais résultats. Certains cas de Tabès syphilitique, vigoureusement entrepris, dès le début d'une évolution rapide, par un traitement mercuriel intensif, sont enrayerés, et fournissent de belles observations de guérisons. (LEMOINE LEREDDE). Mais l'injection ou l'ingestion systématique de mercure ou d'iodure, à dose forte, chez des malades dont les lésions tabétiques sont depuis constituées, dont la santé générale est délabrée, qui font des auto-infections gastro-intestinales, vésicales, pulmonaires n'aboutit qu'à augmenter le nombre des poisons dans un organisme qui en est déjà surchargé, et, par conséquent, à aggraver les désordres nerveux qui sont la conséquence de l'empoisonnement.

En fait, il est indubitable : 1° que les tabétiques ne guérissent pas en raison directe de la quantité d'iodure ou de mercure qu'ils absorbent ; 2°—que les aggravations sont plus nom-

(1) Communication au IIe Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, juin 1904.

breuses parmi les tabétiques qui subissent un traitement anti-syphilitique intensif que parmi ceux qui n'en subissent aucun. (BELUGOU & FAURE).

Enfin, et surtout, il faut se garder d'attribuer à l'action exclusive d'un remède héroïque (fut-ce le mercure), les arrêts et les régressions que l'on voit survenir dans la majorité des cas de Tabès, car ces améliorations sont de règle, et il est faux que l'ataxie locomotrice soit une maladie nécessairement et toujours progressive (BRISAUD, JOFFROY, RAYMOND, MARIE, BALLE, etc.).

Elle est progressive dans un tiers des cas, environ, pas davantage : elle s'arrête, régresse, et guérit, dans un quart des cas, environ ; et, dans le reste, elle procède fort lentement, par étapes, ne troublant sérieusement la vie du malade que par périodes, et lui laissant, le reste du temps, la possibilité de vivre d'une vie diminuée, sans doute, mais en somme, assez acceptable, et bien différente à coup sûr de celle que l'on prédisait autrefois aux malheureux tabétiques. Et cette vie dure longtemps, car des statistiques recueillies à Berlin, La Malou-Bicêtre, il ressort que la durée de la vie du tabétique est à peu près la même que la durée de la vie d'un homme normal (LEYDEN, BELUGOU & FAURE, P. MARIE),

Pourquoi cette différence entre le pronostic actuel du Tabès et le pronostic ancien ?

Pour plusieurs raisons : 1°—parce qu'il n'est pas douteux qu'aujourd'hui, à peu près tous les médecins savent diagnostiquer le Tabès à ses débuts, alors qu'autrefois, le diagnostic n'était fait que rarement. Le malade plus tôt averti, est plus tôt soigné (P. MARIE, BALLE, BRISAUD, etc.) 2°—parce que l'emploi très général du traitement mercuriel et ioduré chez les syphilitiques est probablement pour quelque chose dans l'atténuation de la maladie tabétique, fille ou nièce de la syphilis (BABINSKI-LEREDDE). 3°—parce que le tabétique se soigne aujourd'hui, comme le tuberculeux, comme tant d'autres malades chroniques, et ne se résigne plus, sans lutter et sans se défendre, à la sentence fatale que l'on prononçait jadis contre lui, en même temps que la diagnostic du Tabès.

Le tabétique se soigne. C'est-à-dire que, comme le tuberculeux, il modifie son existence, il consacre certaines périodes à son traitement, il règle ses affaires, non plus sur l'emploi du temps d'un homme normal, mais sur l'emploi du temps d'un malade ; bref, il compose avec son ennemi, il fait la part du feu il se crée une hygiène spéciale, et il arrive ainsi à économiser sa vie, pour ainsi dire, et à réduire sa maladie au strict minimum.

La direction médicale d'un tabétique doit donc le garantir avec soin contre deux opinions extrêmes : 1°—elle ne doit pas lui faire espérer une guérison complète, radicale, en quelques mois, par le moyen d'un remède qui juggle sa maladie (il n'y a pas de médicament de l'ataxie) ; 2°—elle ne doit pas laisser le malade s'abandonner à son triste sort, en s'imaginant qu'il est atteint d'une lésion à évolution fatale, ce qui n'est pas.

La direction médicale doit enseigner au tabétique que le mal dont il est atteint ne diminuera pas, probablement, la durée de sa vie ; que, sans doute, ce mal réduira sa capacité de travail et lui créera des souffrances et des désagréments, mais que la vigilance du médecin et la docilité du malade suffiront à éviter la plus grande partie des accidents possibles. Enfin, qu'il est des malades, atteints comme lui, qui guérissent complètement. En effet, la persistance de l'abolition du réflexe patellaire, ou du signe d'Argyll Rogertson, ou seulement de quelques autres accidents de même importance, équivaut, pour le malade, à la guérison.

En outre, le médecin veillera à laver la vessie, prompte à s'infecter, à débarrasser l'intestin de la stase stercorale fréquente ; il contrôlera l'alimentation, le repos du malade, et le garantira contre l'inanition et l'insomnie ; il prescrira la vie au grand air, défendra le surmenage intellectuel ou physique, les affaires difficiles, etc. ; il surveillera incessamment la circulation, et particulièrement le cœur, l'aorte, et les vaisseaux cérébraux. En faisant cela il aura déjà supprimé presque toutes les causes de mort que le Tabès apportait à son malade. Durant cette longue surveillance, le praticien aura naturellement reconnu aussi à des médications que des états passagers pourront nécessiter (injection ou ingestion de substances sti-

mulantes, fortifiantes, calmantes, etc., emploi judicieux des analgésiques).

Avec toute la fermeté nécessaire, le médecin imposera au malade des cures annuelles de un ou plusieurs mois, pendant lesquelles, n'indonnant tout autre occupation, le tabétique, dans un sanatorium, n'aura d'autre souci que de réparer les désordres acquis et de prévenir ceux qui pourraient survenir. Pendant cette sorte de retraite thérapeutique, le tabétique, par des exercices spéciaux, apprendra à récupérer l'intégrité de ses mouvements respiratoires ou laryngés, dont le trouble lui fait courir le grand danger des crises de suffocation, des infections broncho-pulmonaires, des hémoptysies, etc. Il apprendra de même à restaurer sa miction, sa défécation, etc. Beaucoup plus facilement, le tabétique récupérera, quelquefois intégralement, les mouvements volontaires (marche, préhension, etc), qu'il avait peut-être complètement perdus. Pendant le même temps, il se soumettra à une hygiène spéciale, à l'hydrothérapie thermale, enfin à toutes les pratiques que l'expérience montre comme devant être celle du tabétique qui se soigne et qui veut guérir.

Pour tout cela, l'unité de temps thérapeutique, ce n'est ni le jour, ni la semaine, c'est l'année. En quelques années de surveillance étroite, et de direction médicale incessante, le tabétique sera changé, et s'il n'a pas récupéré l'intégrité de toutes ses fonctions, il aura pu, du moins garantir la conservation de sa vie, continuer sa carrière et retrouver une santé assez bonne et une activité suffisante pour avoir encore une vie utile et intéressante. C'est ainsi que le pronostic du Tabès peut devenir, sinon bénin, du moins très tolérable, dans la majorité des cas.

LES COURANTS STATIQUES INDUITS DE MORTON ET QUELQUES UNES DE LEURS APPLICATIONS EN MEDECINE.—(1)

(Fin)

Par le Docteur C. N. DE BLOIS,

Directeur de l'Institut Hydro-electrothérapique de Trois-Rivières.

Nous avons aussi employé les Courants de Morton dans les douleurs lombaires symptomatiques de maladies des organes du bassin chez la femme. En effet, la plupart de ces malades qui viennent nous consulter pour des affections soit de l'utérus, soit de l'ovaire, se plaignent principalement de souffrir des reins.

C'est aussi un des phénomènes les plus difficiles à combattre et souvent toutes les autres douleurs ont disparu, l'écoulement leucorrhéique a cessé que les malades accusent toujours cette douleur bien localisée à la région lombaire, douleur qui est si continue et si pénible.

Nous nous sommes presque toujours bien trouvé en pareils cas des courants de Morton employés selon la technique suivante :

On introduira dans la cavité cervicale l'électrode en charbon à laquelle on adaptera le pôle positif; le pôle négatif sera mis en communication avec la plaque abdominale.

On commencera par une intensité relativement faible et la première fois on ne dépassera pas $\frac{1}{4}$ pouce d'étincelle entre les boules polaires et cela pendant dix minutes seulement, on devra arriver peu à peu dans les séances ultérieures à $\frac{1}{2}$ pouce d'étincelle polaire et même davantage.

Les séances doivent être renouvelées tous les deux à trois jours environ.

Disons en passant que ce mode de traitement peut être utilisé avec beaucoup d'avantage dans plusieurs affections des organes génitaux de la femme, telles que la dysmenorrhée, la névralgie utérine et la névralgie ovarienne.

2° *Rhumatisme.*

Les courants de Morton nous ont paru utiles pour combattre les douleurs si vives et si débilitantes du rhumatisme

(1) Communication au Deuxième Congrès des Médecins de langue française, à Montréal. La première partie de ce travail apparaît dans le numéro d'octobre.

articulaire. Ils peuvent alors se joindre aux autres médications usitées en pareil cas et contribuer avantageusement à hâter la guérison. Citons deux exemples.

14ème Observation (résumée). — H. D. . . Trois-Rivières, 25 ans, est frappé le 4 février, 1904, de douleurs intenses au cou du pied gauche. Marche difficile. Insuccès des médications conseillées salicylate de soude et colchicine.

Se présente à l'Institut en mars, 1904. Nous employons immédiatement les bains d'air chaud sec surchauffé. Toute la jambe du côté malade placée dans l'appareil est soumise à une température de 480° F. Les douleurs spontanées ont diminué dès le premier bain. Quatre autres bains sont administrés avec un soulagement considérable. Cependant il reste encore une douleur localisée à la molléole externe. C'est alors que nous nous décidons à essayer les courants de Morton.

Dès la première séance le malade nous déclare que le traitement électrique le soulage beaucoup plus que le bain d'air chaud. Il n'a presque plus de douleur et peut marcher facilement. Trois séances suffisent pour amener la guérison.

15ème Observation (résumée). — Nous avons eu aussi sous nos soins deux malades souffrant d'arthrite du genou gauche. Ces malades traités par les bains d'air chaud partiels de 500° F. ont été guéris avec restitution parfaite des mouvements de l'articulation. Mais ici encore nous avons du recourir aux courants de Morton pour soulager la douleur et tonifier l'articulation malade.

3° *Névralgies.*

Les courants de Morton sont très efficaces dans le traitement des névralgies. Sous leur influence, nous avons pu enregistrer des résultats plus ou moins rapides et souvent favorables, tels que la disparition des douleurs et le rétablissement progressif de la puissance fonctionnelle, dans la névralgie des membres. Dans la sciatique, nous avons obtenu des résultats particulièrement heureux en employant les courants de Morton, concurremment avec les bains électriques et les étincelles de manière à en faire une méthode tout spéciale de

traitement contre cette maladie. Comme cette méthode, (en raison de son importance), fait le sujet d'une autre communication, devant le Congrès, nous nous abstenons d'en parler ici. Nous nous contenterons avec votre bienveillante permission de relater quelques observations empruntées à notre travail, afin de mettre de nouveau en relief la valeur réelle des courants de Morton dans cette dernière affection.

16ème Observation (résumée). — Louis D. . . 38 ans. Sciatique droite depuis quatre ans, rebelle à toute espèce de thérapeutique chlorure de, méthyle vésicatoires, salicylate de Soude. Marche impossible. Station debout très difficile et pénible. Points douloureux classiques. Signe de Lassègue. *Traitement*: quinze courants de Morton et quinze bains électriques avec étincelles fortes sur le trajet du nerf: disparition complète de la douleur. La guérison se maintient depuis un an.

17ème Observation (résumée). — Madame Y. . . Ottawa. Sciatique de la jambe droite, traitée quatre mois durant au moyen des courants continus et de la faradisation. N'a dû sa guérison qu'aux Courants de Morton, combinés avec les bains électriques et les étincelles statiques.

18ème Observation (résumée). — M. L. Bécancourt, 27 ans, sciatique gauche, depuis 3 ans. Marche difficile et travail impossible. Le traitement fut bains électriques avec étincelles et courants de Morton. On donne aussi quelques douches écossaises. Après trente jours de traitement, le malade se considérant comme guéri s'en va travailler dans les chantiers. Là, il s'expose à toutes les intempéries et en revient au printemps dans les meilleures conditions de santé. Sa guérison a donc été définitive.

19ème Observation (résumée). — M. D. . . , sciatique depuis deux mois. *Traitement*: Courants de Morton et étincelles statiques. Guérison en huit jours. Il n'y a pas eu de rechute.

20ème Observation (résumée). — L. L. Champlain. Névralgie sciatique d'origine rhumatismale. Douleurs atroces, marche très difficile. Insuccès des médications ordinaires. *Traitement*: Courants de Morton et bains électriques avec étin-

celles sur le trajet du nerf sciatique et la partie inférieure de la colonne vertébrale, douches chaudes. Guérison avec augmentation de poids de vingt livres. La santé n'a pas failli depuis.

21ème Observation (résumée). — M. X... , 38 ans, est atteint de sciatique depuis deux ans. Cette affection a résisté à toutes les médications mises en usage. Seules les piqûres de morphine ont apporté un peu de soulagement au malade. Il n'existe qu'une légère atrophie, mais par contre les douleurs sont très vives. Marche très difficile. C'est dans cet état que le malade vint nous consulter le 15 juin, 1902. Il est immédiatement soumis au traitement suivant :

Bain statique tous les deux jours, durée vingt minutes en y ajoutant des étincelles au niveau du rachis et sur le trajet des nerfs malades. Les autres jours courants de Morton localisés sur le membre souffrant, suivant la technique indiquée précédemment.

Bain d'air sec surchauffé de 30 minutes trois fois par semaine.

Ce traitement fut suivi avec régularité pendant trois mois et demi, et le succès le plus complet fut le résultat de cette médication. Dès la seconde semaine, le malade put reprendre son travail ordinaire et le continuer sans interruption tout le temps de la cure.

Le 30 septembre, M. X... quittait l'institution radicalement guéri. Depuis bientôt deux ans, notre client, n'a pas éprouvé la moindre rechute, ce qui prouve que la guérison est bien définitive.

Constipation habituelle.

En interrogeant les malades soumis aux courants de Morton, nous avons constaté bien des fois que telle ou telle constipation antérieure avait été progressivement vaincue et que tel ou tel trouble digestif avait disparu sans l'aide d'aucun médicament proprement dit.

Ceci n'a nullement lieu de nous surprendre quand on considère que les courants de Morton ont la propriété précieuse

d'exciter directement le plexus abdominal et de mettre en équilibre l'action vaso-motrice du tronc coélique qui est comme l'on sait le véritable cerveau du ventre.

De là son action manifeste sur les mouvements péristaltiques de l'intestin et ses effets salutaires sur la nutrition de la muqueuse et, secondairement, sur ses sécrétions. En exaltant son pouvoir sécrétoire on engage la lutte contre la bactérie, car le pouvoir destructif ou neutralisant des sucs gastro-intestinaux sur les toxines est désormais connu. C'est ainsi que l'antipsepsie de l'intestin, du foie ne consiste plus qu'à stimuler les sécrétions physiologiques de ces organes (Monteuuis). Au bout de quelques temps de traitement par les Courants statiques induits, l'intestin reprend sa tonicité qu'il avait perdue et secrète en abondance de même que le foie, et le malade n'a plus besoin de prendre aucun laxatif ni lavement. La cure serait même permanente. Mais c'est ici surtout qu'il faut se garder d'un enthousiasme trop rapide, car si dans un certain nombre de cas un mieux sensible s'accuse dès les premières séances, suivi à brève échéance d'une guérison complète, nous aurons par contre dans d'autres cas l'obligation d'opposer à une maladie déjà ancienne une médication de longue durée. Nous avons surtout noté que la constipation symptomatique d'un état neurasthénique est particulièrement rebelle et ne cède souvent qu'après plusieurs mois de traitements consécutifs et quotidiens. Il est bien entendu que durant le traitement il faudra veiller à l'hygiène alimentaire. Quelques séances de massage apporteront souvent un appoint précieux pour hâter une guérison qui se fait trop attendre.

Mode d'emploi.

Le procédé le plus commode d'application est le suivant : Pôle positif (large électrode) appliquée à la région sacro-coccygienne ou à l'épigastre, pôle négatif, petite électrode promenée sur toute la surface du canal intestinal, surtout depuis la fosse iliaque droite en remontant le long du colon transverse jusque vers l'S iliaque où il est nécessaire d'insister pendant quelques instants.

L'intensité du courant devra être assez forte pour faire contracter les muscles de la paroi abdominale. Cette application ne doit en aucune façon provoquer la moindre douleur.

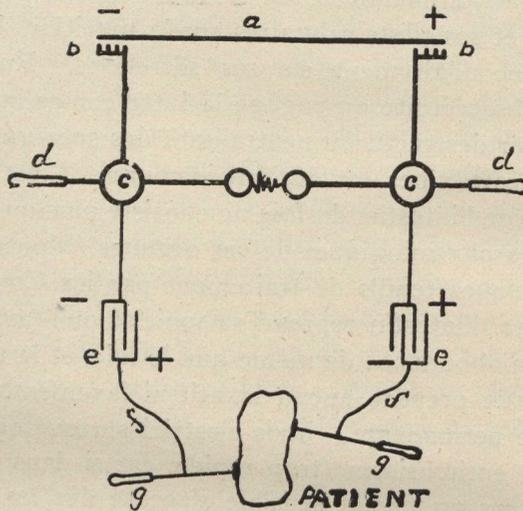


FIG. 1. "Courants statiques induits de Morton. — a, plateau, b, b, peignes métalliques; c, c, collecteurs; d, d, excitateurs polaires; e, e, bouteilles de Leyde; f, f, cordons conducteurs; g, g, éponges ou autres électrodes.

La durée des séances doit être de dix minutes au début et elles doivent être répétées tous les jours ou tous les deux jours selon le cas.

Dans les séances subséquentes, il sera utile de modifier le procédé, afin de varier la forme d'excitation sur l'intestin, par exemple remplacer la grande électrode par une petite que l'on placera à l'épigastre. Il est préférable de renverser de temps en temps les pôles durant l'application.

Les étincelles entre les boules des excitateurs ne devront pas dépasser trois-quarts de pouce et les séances jamais prolongées au-delà de vingt minutes.

Quinze à trente séances sont généralement un minimum qu'il faudra atteindre. Chez quelques malades, nous avons atteint jusqu'à 200 séances et cette ténacité a été le plus souvent couronnée de succès.

Les deux observations suivantes montrent les bons résultats qu'on peut obtenir dans les cas favorables.

22ème *Observation* (résumée). — Melle V. . . , 36 ans, ménagère entre dans l'établissement pour une constipation opiniâtre dont elle est atteint depuis 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mère décédée de paralysie.

Antécédents personnels. — Fièvre scarlatine à 20 ans. A 30 ans fièvre thyphoïde.

Etat à l'entrée. — Insomnie, inappétence, digestion pénible Anémie profonde. Règles douloureuses loigues et abondantes. Constipation rebelle aux divers traitements qui ont été appliqués chez elle.

Depuis quelques mois, surtout, la constipation est devenue plus opiniâtre encore, si bien qu'elle est parfois jusqu'à dix jours sans aller à la garde-robe.

Elle ne réussit alors qu'avec peine à provoquer l'évacuation par l'emploi des purgatifs salins ou des pilules cathartiques joints aux lavements. Elle a usé longtemps du Kasagra. Ces divers traitements lui dérangent l'estomac et amènent souvent des vomissements. Elle a dû en différentes circonstances prendre jusqu'à douze pilules cathartiques avant de pouvoir libérer l'intestin.

Traitement: Du 1er au 24 janvier, 1904, elle prend dix-huit séances de courants de Morton.

Résultats immédiats et éloignés. Dès le lendemain de la deuxième séance la malade eut une selle naturelle sans qu'elle ait eu besoin de prendre ses purgatifs habituels. L'amélioration allant très régulièrement, la malade abandonne le traitement après le 18ème séance, se déclarant parfaitement guérie.

A ce moment les selles sont quotidiennes, tout-à-fait normales en consistance et en couleur.

L'Etat général de la malade s'est aussi manifestement amélioré par suite de la régularisation des fonctions intestinales. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

23ème *Observation* (résumée). — Madame L. . . Montréal, 54 ans. Constipation opiniâtre depuis quinze ans. La malade est parfois huit jours sans aller à la garde-robe et est toujours obligée de se servir soit de laxatifs, soit de lavements. La ma-

lade est soumise aux courants de Morton et on lui fait tous les jours des séances de (20) vingt minutes selon la technique. Au bout de la troisième séance la malade a une selle très abondante et le ballonnement du ventre disparaît. Depuis ce temps les selles deviennent normales, et la maladie tout-à-fait guérie cesse le traitement après la trente-huitième séance.

Ces deux cas ont été réellement guéris d'une manière surprenante, mais, nous le répétons, tous ne se comportent pas ainsi. On sera le plus souvent obligé de prolonger le traitement pendant plusieurs mois consécutifs avant d'obtenir un résultat positif et durable.

Dyspepsie nerveuse et dilatation gastrique.

Les courants statiques induits de Morton ont été expérimentés avec beaucoup de succès dans le traitement de la dyspepsie nerveuse, avec ou sans dilatation gastrique. Deux savants électrothérapeutes, MM. Régnier et Guimbail, ont rapporté un certain nombre de guérisons des plus remarquables, puisque dans certains cas la cure même aurait même été obtenue en dix séances de courants de Morton.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire la symptomatologie des diverses formes de dyspepsie, non plus que les procédés de diagnostic, il nous suffira de retenir que tous les auteurs sont d'accord pour donner une grande place dans la pathogénie des dyspepsies aux troubles névropathiques d'une part, à l'atonie du muscle gastrique d'autre part; et que les troubles sécrétoires sont généralement sous la dépendance d'un état défectueux du système nerveux.

Ce n'est donc qu'en modifiant le terrain névropathique sur lequel se greffe la dyspepsie et non traitant seulement l'estomac, (comme on le fait encore trop souvent), que nous réussirons à guérir nos dyspeptiques.

Nous ne voulons pas nier l'importance du régime, de l'alimentation et des médications pharmaceutiques dans le traitement de la dyspepsie nerveuse, mais s'il faut bien reconnaître que ces éléments de traitement employés isolément sont généralement insuffisants pour amener la guérison, et qu'il est

nécessaire dans la grande majorité de cas de recourir à des pratiques capables de modifier la nutrition générale et de régulariser les réactions nerveuses : nous avons nommé les agents physiques.

Il n'y a aucun doute en effet que les douches, la massage l'électrisation, employés seuls ou associés, ce qui est préférable, ne concourent heureusement à rendre à l'estomac ses limites et sa tonicité perdues.

Nous ne nous occuperons ici que du mode d'électrisation de l'estomac au moyen des courants de Morton ; voici comment nous procéderons.

Le malade non isolé est placé auprès d'un des conducteurs de la machine statique.

Une large électrode sera appliquée sur le rachis, au niveau de la huitième vertèbre dorsale et reliée à l'armature externe de l'une des bouteilles de Leyde, la négative ; l'autre électrode sous forme de tampon de la dimension d'une pièce de cinq francs (reliée à l'armature externe de l'autre condensateur), sera placée successivement au creux épigastrique, à la limite supérieure de la dilatation gastrique, si cette dilatation existe, cinq à six minutes sur chacun de ces points. Elle sera ensuite promenée sur l'abdomen en commençant par la fosse illiaque droite et en remontant le long du colon ascendant et du colon transverse, jusqu'à l'S illiaque.

La durée totale de la séance de l'électrisation sera de 10 à 15 minutes.

Au début, il est bon de faire une séance tous les jours pendant dix à quinze jours. Ensuite on peut les espacer de deux en deux jours pendant dix jours, puis n'en faire que deux fois par semaine pendant dix autres jours et enfin une fois par semaine, pendant un temps qui varie de quinze jours à un mois, jusqu'à ce que l'estomac ait repris ses dimensions normales et son fonctionnement.

Il nous semble superflu d'ajouter que dans le traitement de la dyspepsie nerveuse, s'accompagnant ou non de dilatation les courants statiques induits de Morton ne contre-indiquent

nullement les autres médications; tout au contraire il sera toujours utile de les combiner aux autres agents physiques, afin de modifier davantage l'état névropathique général et d'obtenir le maximum d'effet.

Remarques générales.

Dans quelques-unes des observations relatées précédemment le dosage des excréta urinaires pratiqué par mon confrère M. le Dr Tourigny, a indiqué une augmentation du taux de l'urée coïncidant avec le retour de l'appétit et la récupération des forces musculaires. Tous les médecins électriciens ont d'ailleurs constaté le relèvement des phénomènes de la nutrition comme conséquence de l'application des courants de Morton, qui sont en réalité des courants oscillatoires de haute fréquence. Deux des meilleurs, M. d'Arsonval et M. Morton, ont publié sur ce sujet d'importants travaux. De même la tension artérielle prise au sphygmo-manomètre s'est relevée durant le cours du traitement. Dans deux cas, des examens répétés du sang ont été faits et ont révélé une augmentation assez considérable des globules rouges et du taux de l'hémoglobine.

Il est bien entendu que nous ne prétendons pas qu'il faille employer les courants Morton d'une manière systématique à l'exclusion de toute autre médication. Tout au contraire, chaque fois que nous avons eu à traiter des affections graves justifiables du courant statique, où il fallait en même temps modifier des états constitutionnels, nous nous sommes toujours bien trouvés, en pareil cas, de l'emploi des courants statiques joints aux autres agents physiques, (Chaleur, lumière, hydrothérapie, massage, etc.). C'est ce que nous avons dû faire dans plusieurs des observations précitées, afin de hâter la guérison que les courants statiques seuls auraient mis trop de temps à nous procurer. Mais il convient d'ajouter que cela n'amoindrit en rien la valeur des observations en question, puisque la plupart de ces malades avaient déjà été soumis à des traitements sérieux et multiples, sans en avoir retiré un béné-

fice appréciable. C'est le temps de dire qu'il ne faut jamais demander à un seul agent plus qu'il ne peut donner. A maladie multiple, traitements généraux et multiples. Voilà ce que nous disions au dernier Congrès au sujet du traitement de la neurasthénie. Et nous répétons avec intention cette vérité dont il faut bien se pénétrer, car elle est la base fondamentale de la physico-thérapie. En effet quoi de plus rationnel que d'associer plusieurs agents physiques dont chacun apporte à l'organisme son excitation propre et dont la résultante est d'obtenir le summum d'action. Tel est l'immense bénéfice pour le malade de trouver réunis, dans un établissement ad hoc, sous la direction de médecins adonnés à ces spécialités, les éléments multiples de traitements.

Voilà plus de huit années que nous appliquons à nos patients la combinaison des traitements multiples, associés par nous avec un succès qui s'est affermi d'année en année.

Conclusions

Le courant statique induit de Morton reste le mode électrique le plus actif contre la sciatique, le lumbago et toutes les formes de rhumatisme musculaire ou affections douloureuses des muscles.

C'est, sans conteste, le meilleur tonique stimulant pour les muscles et les nerfs, supérieur même aux autres formes d'électricité, et cela en raison des beaux phénomènes de dissociation nerveuse qu'il produit.

Il est aussi efficace, mais à un moindre degré, dans la constipation opiniâtre, l'atonie et la dilatation de l'estomac.

Sans être une panacée, applicable à tous les cas indistinctement, il peut au moins être utilement employé lorsque les autres moyens thérapeutiques ont échoué.

C'est avant tout un des agents les plus puissants pour combattre le phénomène douleur sans avoir aucun des effets déprimants des drogues.

Innocuité absolue, tolérance parfaite, rapidité d'action dans la plupart des cas et résultat permanent. Il n'y aurait excep-

tion que pour la constipation habituelle où les effets curatifs se font souvent attendre.

Il possède encore une action décongestionnante de premier ordre, et celle d'augmenter considérablement les échanges nutritifs.

De cette rapide énumération des propriétés principales du courant statique induit de Morton, se dégage la certitude, que nous possédons avec ce courant, un procédé thérapeutique de haute valeur, destiné à prendre une place de plus en plus importante, à côté des autres modes électriques, à mesure qu'il sera mieux connu et plus employé en médecine.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL (1)

CINQUIÈME ANNÉE.

Séance du 4 Octobre 1904.

Présidence de M.M. VALIN et OSCAR MERCIER.

Mardi le 4 octobre dernier, la Société médicale de Montréal, inaugurait ses séances pour l'année 1904-1905.

Après la lecture par Monsieur le secrétaire du procès-verbal de la dernière séance et du compte-rendu des travaux présentés devant la Société durant l'année écoulée, — Monsieur le trésorier dépose son rapport sur l'état des finances, — rapport adopté. Puis l'on procède à la formation du nouveau bureau qui est constitué de la façon suivante :

Président, M. Mercier (Oscar).

Vice-président, M. Boulet.

Secrétaire, M. Laramée.

Trésorier, M. Ethier.

(1) **La Société Médicale de Montréal** a le plaisir de rappeler aux membres de la profession médicale en général que tout médecin, tant du dehors de la ville que de la ville même, peut faire partie de cette Société. Pour en être admis membre, il n'y a qu'à en faire la demande en envoyant son nom et son adresse au secrétaire, le Dr A. Laramée, 315, rue Amherst, ou au Dr A. Ethier, trésorier, 320, rue Saint-Denis. Le montant de la contribution est une piastre et vingt-cinq centins (\$1.25) par année. Les réunions ont lieu deux fois le mois, le premier et le troisième mardi, à 8,45 heures, p. m., dans une des salles de Cour de l'Université Laval. Chaque membre est invité à y donner lecture de travaux personnels, à y faire des rapports d'observations de cas intéressants. On peut aussi y amener des sujets ou y apporter des pièces pathologiques. De temps en temps, durant l'année, les membres auront le plaisir d'entendre un conférencier étranger de renom sur une question importante de la médecine, de la chirurgie, etc.

Comme toute société de ce genre, la Société Médicale de Montréal a pour but de tenir ses membres au courant des progrès toujours croissants de la science médicale et de les engager à y coopérer en les stimulant au travail.

Cette Société compte déjà maintenant plusieurs années d'existence et les résultats qu'elle a obtenus sont réellement satisfaisants.

M. Valin, avant de céder son siège à son successeur prononce un discours sur l'utilité et la nécessité des Sociétés médicales, et démontre qu'elles contribuent au *progrès scientifique, professionnel et social* du corps médical.

Elles sont des facteurs de *progrès scientifique* en créant une stimulation au travail, à l'exercice de l'observation clinique. Ce sont des foyers alimentant et conservant l'amour de l'étude. Elles contribuent au *progrès professionnel* du corps médical en provoquant l'étude des questions d'intérêt général telles que: la *licence interprovinciale*, etc. Le banquet annuel des médecins, donné sous les auspices de la Société médicale de Montréal a pour but de stimuler l'esprit de solidarité professionnelle, et pour effet de nous affirmer comme corps devant le public.

Les Sociétés médicales de la Province ont contribué elles aussi pour une large part à seconder les efforts tentés par la Société médicale de Montréal dans ce sens.

M. Valin passe en revue le travail opéré dans plusieurs de ces sociétés. Toutes elles suscitent l'esprit de corps et de solidarité en étant d'utiles conseillères pour le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. Elles réagissent contre l'apathie et l'indifférence des médecins vis-à-vis de leurs intérêts — apathie et indifférence, qui ont pu être la cause jusqu'aujourd'hui de notre infériorité scientifique et sociale.

Enfin les sociétés médicales relèvent le *niveau social* de notre profession en appliquant les connaissances médicales à la solution de certains problèmes qui intéressent la société toute entière, tels que: les causes de la mortalité infantile, — l'alcoolisme, — l'hygiène des femmes enceintes, — et de la première enfance, l'épuration des eaux potables dans les grandes villes, etc etc etc....

L'étude de ces questions humanitaires ne peut qu'augmenter de plus en plus l'estime et la considération du grand public pour la profession médicale. —

M. Valin ajoute : "n'y aurait-il pas avantage à créer des liens de réciprocité entre les diverses sociétés médicales de la

Province ; en échangeant une fois par an des visites faites par des délégués de chaque société.

Nous avons encore présent à la mémoire le succès obtenu ici même par M. le Docteur Coyteux-Irévost, d'Ottawa.

Avant de finir son discours, M. Valin remercie la société médicale de l'honneur qu'il a eu de présider ses séances, ainsi que ses collègues du bureau pour l'aide généreux qu'ils lui ont prodigué, enfin, tous ceux qui de près ou de loin ont contribué au progrès de la Société médicale de Montréal, durant l'année 1903-1904.

M. Mercier (Oscar), le nouveau président, prend possession de son siège. Il remercie ses collègues de l'honneur à lui conféré et les engage fortement à continuer à travailler au développement de la Société. Il fait allusion au banquet annuel de la profession médicale, donné sous les auspices de la Société médicale de Montréal et invite non seulement les sociétaires mais tous les médecins à y assister.

Nous devons faire en sorte, dit-il, que les malentendus qui peuvent quelquefois exister parmi nous, se dissipent—et il exprime le souhait que tous nous pourrions contribuer à rendre la profession médicale canadienne française, et par suite la Société médicale de Montréal dignes de figurer à côté des institutions semblables de nos confrères et compatriotes d'origine anglaise,—et à faire en sorte qu'elles soient à l'honneur de la race franco-canadienne. M. Mercier signale aussi le dernier congrès de médecine tenu à Montréal en juin dernier, — et ajoute que les congrès sont le fruit des Sociétés médicales.

Messieurs le vice-président et le secrétaire adressent aussi quelques mots de remerciements.

M. Boucher présente au bureau sortant de charge les remerciements de la Société.

MM. Décarie et Asselin proposent, ce qui est adopté unanimement, que le nom de M. Valin soit inscrit sur la liste des présidents d'honneur.

M. de Martigny (François), donne avis qu'à la prochaine séance on étudie le projet de la formation d'un comité de régie.

Il suggère aussi comme la chose a été faite durant l'année écoulée d'inviter des médecins choisis en dehors de la Société même hors de la ville — à venir nous présenter des communications ou des conférences.

Il propose que Monsieur le Docteur Choquette de St-Hilaire soit invité à cet effet. — Adopté.

MM. Foucher et Dubé expriment les condoléances de la Société à l'occasion de la mort de Monsieur P. P. Boulanger, et prient le secrétaire de les transmettre à la famille du défunt et aux journaux.

Puis la séance est ajournée au mardi 18 octobre.

ALBERT LARAMÉE,

Séance du 18 Octobre 1904.

Présidence de M. OSCAR MEECIER.

M. C. N. VALIN.—*Évolution de la médecine vers l'hygiène, importance de l'hygiène au point de vue thérapeutique et social.—Le praticien et l'hygiène moderne.*

Les moyens hygiéniques, dit M. Valin sont de plus en plus employés dans le traitement des malades. L'idéal nouveau pour le médecin consiste à prévenir les malades par l'hygiène.

Beaucoup d'hygiène et peu de médicaments: voilà la formule de la thérapeutique moderne.—Le conférencier fait voir le rôle de l'hygiène dans les maladies aiguës, contagieuses et chroniques. Il passe ensuite en revue les différents moyens hygiéniques employés dans le traitement des maladies. Il insiste fortement sur l'importance des prescriptions hygiéniques dans la rédaction des ordonnances. M. Valin note le rôle de l'hygiène dans la société. Elle a attiré l'attention des économistes, des législateurs, des moralistes. L'hygiène a rendu des services incalculables au monde entier par des conquêtes déci-

ves sur l'insalubrité séculaire de certaines contrées qui sont maintenant accessibles au commerce et à la civilisation.

Grâce à son instruction plus complète et à l'éducation mieux formée du public, le médecin aura raison de hausser le tarif de ses honoraires de sorte qu'en définitive avec moins de malades peut-être ses revenus pourront rester les mêmes, sinon augmenter.—

DISCUSSION

M. LACHAPELLE (E. P). d'après son expérience personnelle constate que la profession médicale n'a pas réalisé jusqu'ici ce qu'est l'hygiène thérapeutique, sociale et prophylactique.

Le médecin doit néanmoins user de tact auprès de ses malades dans ses prescriptions hygiéniques. Il doit recourir aux agents médicamenteux dans certaines circonstances pour capter tout d'abord la confiance de ses patients.

Le médecin doit faciliter aussi la tâche des officiers sanitaires. Il doit user de courage et de fermeté en face des obligations imposées par la conscience de ses devoirs envers la société.

M. HERVIEUX approuve les remarques de M. Lachapelle et ajoute que les traitements hygiéniques ne doivent pas néanmoins avoir une prépondérance *absolue* sur les traitements par les agents médicamentés.

M. DUBÉ constate l'abus qui se fait trop souvent des médicaments et note le rôle important de l'hygiène dans la prophylaxie des maladies vénériennes.

M. MERCIER (Oscar) insiste sur l'importance des moyens hygiéniques au cours des maladies chroniques.

M. Paul Courmont, professeur agrégé à la faculté de médecine de Lyon, est nommé membre correspondant de la Société médicale de Montréal.

ALBERT LARAMÉE.

Séance du 8 novembre 1904

Présidence de M. MERCIER

ORDRE DU JOUR :

1° *Le mal de tête et quelques-unes de ses causes.*

—M. DUBÉ.

2° *Présentation de pièces anatomiques.*

(a) *Fibrômes multiples de l'utérus.*

(b) *Enorme sein suppuré.*

(c) *Kyste papillaire de l'ovaire avec dégénérescence fibréomateuse de l'utérus.*—M. de MARTIGNY (Français).

M. DUBÉ commence d'abord par faire abstraction du mal de tête qui accompagne la fièvre typhoïde, les maladies fébriles au début, de la céphalée des maladies organiques du cerveau, telles que tumeurs, méningite, traumatisme, gomme syphilitique, paralysie générale.—il élimine également le mal de tête du diabète, de l'urémie, des troubles de la menstruation, de la neurasthénie, de l'hystérie, puis il passe en revue les causes les plus fréquentes du mal de tête ordinaire, banal ce sont :

1° Les affections gastro-intestinales.

2° Les affections des yeux.

3° Les affections du naso-pharynx.

4° Les affections des dents.

Les troubles de l'estomac et de l'intestin. s'ils sont de longue durée sont très souvent accompagnés de maux de tête. Le conférencier après avoir posé l'axiôme suivant: "*Le constipé habituel qui veut guérir doit changer du tout au tout son régime alimentaire,*" donne le régime à suivre. Le malade souffrant de constipation doit manger des légumes, des fruits, boire de l'eau et prendre de l'exercice.

Il faut user avec discrétion des différents purgatifs, en mettant le malade en garde contre des médicaments dont il doit éloigner et diminuer les doses effectives.

L'huile de ricin, prise à petites doses le matin, à jeun, a toujours un excellent effet.

Les troubles de réfraction oculaire sont très souvent la seule cause du mal de tête, c'est pourquoi, la céphalée est si fréquente chez les instituteurs, les étudiants, les couturières, et en général chez toutes les personnes qui sont exposées à fatiguer leurs yeux par des lectures ou des études prolongées.

Parmi les affections du naso-pharynx, capables de causer le mal de tête, M. Dubé cite spécialement les polypes chez les adultes, les tumeurs adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales chez les enfants.

Les affections des dents peuvent aussi causer le mal de tête. Les névralgies dentaires peuvent reconnaître comme causes: la périostite alvéolo-dentaire aiguë et chronique de la pulpe dentaire, une hyperesthésie de l'émail dentaire, la carie, l'abcès alvéolaire, les corps étrangers logés dans la gencive, l'alvéole, ou dans la pulpe dentaire elle-même, et enfin l'atrophie des gencives. (1)

M. Dubé cite des cas de céphalée, très rebelles, datant de 40 ans, de 10 ans, de 5 ans, causés par des dents mauvaises et cariées, et guéris par un traitement approprié. Enfin il résume son travail en disant que le mal de tête ordinaire, c'est-à-dire celui qui dure depuis assez longtemps reconnaît souvent pour cause, soit une mauvaise réfraction de l'œil, soit un polype du nez, ou des tumeurs adénoïdes, soit enfin des lésions dentaires. Le devoir du médecin praticien, alors, n'est pas de prescrire l'antipyrine ou un autre analgésique, mais de référer ces malades suivant le cas au spécialiste pour les yeux, le nez, la gorge, ou au dentiste.

(1) (WILLIAM J. LADDERER, professeur de chirurgie de la bouche à la "New York School of Clinical Medicine.")

Le meilleur thérapeute est toujours celui qui examine ses malades avec minutie.

DISCUSSION.

M. FOUCHER signale la présence des maux de tête chez les étudiants en médecine, les médecins, et en particulier les ophtalmologistes.

Le défaut de réfraction est une cause très fréquente de céphalée, la correction de ce défaut par des verres appropriés la fait disparaître. Les maux de tête dus à l'astigmatisme, à la myopie, et à la presbytie, sont excessivement fréquents.

M. FOUCHER les rattache à une dépense exagérée de fluide nerveux, puis dans une communication très documentée, il passe en revue les différentes maladies de l'œil, susceptibles d'occasionner des maux de tête.

M. VALIN note les différentes causes capables de produire le mal de tête, il cite: les infections (syphilis, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, etc.), les intoxications par le tube digestif—l'air confiné, les maladies utérines, les maladies de l'œil, de l'oreille,—le mauvais éclairage, les névroses (hystérie, neurasthénie.).

M. BOULET appuie les remarques de M. Foucher, quant à la fréquence de la céphalalgie due à des troubles oculaires, et ajoute que toutes les congestions des voies supérieures de la tête peuvent occasionner des maux de tête: il cite aussi comme cause fréquente de céphalée, les douches nasales mal données.

II. M. de MARTIGNY présente l'observation et les pièces anatomiques d'une femme opérée pour des *fibromes multiples de l'utérus*, et chez laquelle il a pratiqué une hystérectomie sus-vaginale. En examinant la pièce ajoute-t-il, on se rend facilement compte que l'on ne pourrait pas, dans ce cas, faire l'énucléation de tous les fibromes, opération prônée par M. Tuffier, et il est d'avis que l'énucléation doit rester une opération d'exception pour plusieurs raisons, dont les deux principales sont: qu'il est presque toujours impossible d'enlever tous les fibromes, et que les fibromes utérins dégènerent presque fatalement.

M. de Martigny produit ensuite un énorme rein atteint de pyonéphrose, pesant 975 grammes, enlevé chez une femme de 35 ans; puis il fait part à la Société d'une observation intéressante de kyste papillaire de l'ovaire, avec dégénérescence fibrômateuse de l'utérus.

M. Marien porte la parole, pour insister sur l'importance de l'examen histologique des pièces anatomiques présentées, et demande de mettre à la disposition des membres de la Société les préparations histologiques de ces pièces.

ALBERT LARAMEE.

Le traitement diététique de **Fièvre Typhoïde** présente souvent des difficultés que l'usage de la **LACTO-GLOBULINE** résoudra complètement.

Voici deux cas démonstratifs rapportés par le, Dr. C——.
Montréal.

1.) Homme âgé de 40 ans. Fièvre typhoïde maligne. Dans la troisième semaine de la maladie des hémorragies intestinales apparaissent. Le malade s'affaiblit de plus en plus et ne prend aucune nourriture. On ne peut obtenir aucune amélioration avec les méthodes ordinaires. A ce moment le malade est mis à la Lacto-Globuline. La température décroît et on observe une amélioration notable dans la nutrition. Le malade prend des forces et les hémorragies cessent. Sous l'influence de la diète avec la Lacto Globuline la maladie rétrocéda et le malade reprit son poids normal. Je suis convaincu que ces résultats sont dus à l'usage de la Lacto-Globuline et que aucun autre traitement n'aurait pu les donner.

2.) Jeune garçon âgé de 12 ans. Fièvre typhoïde intense. Aussitôt appelé auprès du malade on prescrivit la Lacto-Globuline. Le malade ne présenta aucun amaigrissement et la température ne dépassa jamais 102°. Lorsque je fus appelé elle était de 104°. J'attribue cette chute remarquable dans la température à l'usage de la Lacto-Globuline uniquement. Le malade releva de sa maladie de la manière la plus heureuse en trois semaines.

Des résultats semblables sont toujours obtenus avec l'usage de la **LACTO-GLOBULINE**.

BIBLIOGRAPHIE

La radiothérapie, son application aux affections cutanées, par M. le docteur BELLOT, avec préface de M. le docteur BROCCQ, médecin de l'hôpital Broca. 1 vol. in-8 de 520 pages, avec 21 figures dans le texte et 13 planches hors texte. Prix: 15 francs. G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris-VI^e.

Le but que s'est proposé l'auteur a été de faire un ouvrage essentiellement pratique. Il n'a étudié que les connaissances techniques indispensables au médecin désireux de faire de la radiothérapie; il s'est étendu sur les applications cliniques.

L'ouvrage est divisé en trois parties:

Dans la *première partie* l'auteur passe rapidement en revue les appareils nécessaires à la production des rayons X, et étudie en détail les instruments de mesure qui permettent le dosage et le réglage des rayons de Röntgen.

La *seconde partie* comprend l'étude de l'agent actif et de ses effets physiologiques. Après avoir démontré que ce sont les rayons X seuls qui agissent, il étudie en détail les facteurs capitaux qui doivent présider à leur application. Viennent ensuite les méthodes et les indications.

La *troisième partie* est clinique. L'auteur passe en revue les dermatoses dans lesquelles la radiothérapie a été employée avec succès.

Il fait un historique sommaire de chaque question et indique, pour chaque maladie, la méthode qu'il a utilisée, les doses absorbées, les résultats obtenus.

Il ne s'est pas limité aux affections dermatologiques; il a résumé aussi l'état de la question du traitement des cancers profonds, indiqué sa méthode et ses résultats.

Ce qui caractérise cet ouvrage, c'est qu'il contient des mesures exactes: c'est, comme le dit M. Broccq, un véritable traité français de radiothérapie, car pour chaque affection les doses sont indiquées de façon précise, et le praticien peut facilement, en se mettant dans les mêmes conditions, obtenir des résultats identiques.

En vente chez DEOM FRERES, rue Sainte-Catherine, Montreal.
