

PAGE

MANQUANTE

Les traumatismes du crâne et leur traitement

Par le Dr Noé Fournier, Assistant Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame. (1)

M. le Président, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, ce soir l'observation clinique de 5 cas de fracture ouverte de la voûte crânienne avec le traitement que j'ai institué et le résultat obtenu.

En terminant je me permettrai quelques considérations d'ordre thérapeutique, suggérées par ces cas, et appuyées en plus de l'opinion d'auteurs modernes., entr'autres M. Lejars, dont je considère le traité de chirurgie comme le "vade mecum" de tous ceux qui ont à traiter les cas d'urgence.

De ces cinq cas le premier est mort, le 3ème est introuvable, les 3 autres sont ici présents pour se prêter à votre examen.

Cas No 1 datant du 18 avril 1907, est un hôtelier de 40 ans, de constitution robuste, mais profondément alcoolisé. Deux jours avant ma première visite, dans une bagarre, au cours d'une petite fête, il avait été frappé à la tête avec une pièce de fer et renversé sur le plancher. Quand il se releva ses compagnons constatèrent qu'il pouvait marcher et gesticuler comme auparavant, mais qu'il avait perdu la parole. Et ce n'est que par des signes de ses mains et des sons incohérents qu'il parvenait à se faire comprendre. Il continua quand même la noce qu'il avait commencée. C'est dans cet état d'aphasie que je le vis deux jours plus tard avec 99.1-2 de température, et portant à la région pariéto-temporale gauche une plaie de 2 pouces de longueur, infectée, sans pansement convenable. Je soupçonnai une fracture du crâne avec compression de la circonvolution de Broca et conseillai l'intervention qui ne fut acceptée que le surlendemain matin, exactement 4 jours après le traumatisme.

Après ouverture du péricrâne, je trouvai une fracture comminutive avec enfoncement peu étendu. Les fragments enlevés, je trouvai la dure-mère lacérée, injectée, mais non complètement ouverte. Après une désinfection soignée, je temponnai à la gaze iodoformée et suturai partiellement les téguments. A son réveil et durant le même jour le patient put articuler, avec plus de facilité; mais le soir la température s'éleva, le délire apparut, et il mourut 2 jours plus tard, avec de l'ictère généralisé intense et une température très élevée. A la morgue où fut pratiquée l'autopsie on constata un foyer de ramollissement cérébral en rapport, avec le foyer de fracture, un foie mainelonne atrophie jusqu'au quart de son volume normal, le vrai "Gin liver."

Le deuxième cas est un homme d'une trentaine d'années, d'habitudes sobres, qui le 20 juillet 1907 pendant qu'il se tenait debout sur un balcon fut frappé à la tête par une brique tombant de la hauteur de 20 pieds. Il fut étourdi du coup mais ne perdit pas connaissance. Il alla de suite se faire panser dans un hôpital voisin où le médecin lui fit 3 ou 4 points de suture et un pansement occlusif.

Comme il réclamait des dommages du propriétaire de la brique vagabonde son avocat me l'adressa 5 ou 6 jours plus tard pour avoir une expertise. Je constatai un enfoncement osseux de la région pariéto-temporale gauche, sans aucun autre symptôme d'importance et conseillai l'opération qui fut pratiquée le lendemain à l'Hôpital Notre-Dame.

J'enlevai de la plaie décosue des paquets de cheveux et autres corps étrangers, puis après désinfection et ouverture plus large des téguments je constatai sur le périéto-temporale gauche l'enfoncement d'une rondelle osseuse de la grandeur d'une pièce de 50 cents. Cette rondelle, avec d'autres esquilles et des caillots sous jacents furent enlevés, un lavage à l'eau bouillie chaude et à l'eau oxygénée fut fait, une mèche de gaze iodoformée laissée en place et les téguments partiellement suturés. Le pansement fut changé le 2ème jour, le malade guérit sans accident et il se porte bien depuis: tel d'ailleurs que vous le voyez ce soir.

3ème cas. Pendant que j'ai la bonne fortune de remplacer mes maîtres, les Drs. Mercier et Parizeau, le 5 avril 1907, l'ambulance amène Salle St-Joseph un garçon de 12 ans qui vient d'être frappé par le pied d'un cheval. L'enfant a perdu connaissance au moment de l'accident, mais a repris l'usage de ses sens lors de l'examen. Il porte à la région fronto-pariéto-temporale gauche une plaie profonde. Aucun symptôme paralytique. Il y a évidence de fracture. L'enfant ayant été mis sous anesthésie, après asepsie du champ opératoire et de la plaie j'agrandis l'ouverture et je trouve un enfoncement considérable intéressant le frontal et le temporal gauche (portion caillouteuse) avec ouverture de la dure-mère.

Les fragments osseux furent enlevés, une désinfection soignée pratiquée et la plaie suturée presque en totalité, après temponnement à la gaze iodoformée. Pansement levé le 3ème jour. Le malade quitta l'hôpital malgré nous le 3ème jour. Il fut dans la suite pansé au dispensaire, et guérit sans accident.

Le 4ème cas est une fillette de 10 ans, qui le 2 août 1908, fut frappée au front avec violence, pendant qu'elle était assise dans un tramway.

Le conducteur ayant mis à la porte un passager tapageur, ce dernier pour se venger lui lança de la rue une pièce de fer qui manqua son but pour aller atteindre un enfant. La petite blessée transportée sans connaissance à l'hôpital fut opérée 3 heures après l'accident. L'enfant présentait une plaie profonde au front. Sous chloroforme ayant incisé largement les téguments je trouvai une fracture du frontal avec enfoncement et large fissure descendant vers l'orbite; un des fragments complètement détaché faisait partie du rebord et de la voûte de l'orbi-

(1) (Communication faite à la société Médicale de Montréal.)

te droit. La dure-mère était ouverte et il s'en échappait de la substance cérébrale. J'enlevai tous les fragments et les caillots, désinfectai soigneusement à l'eau bouillie et à l'eau oxygénée, temponnai à la gaze et suturai partiellement. Sa petite blessée guérit sans accident.

5ème cas. C'est celui de M. I. Roy qui a eu la complaisance de venir ici se laisser examiner. Sur le côté droit de la voute crânienne vous remarquerez une dépression considérable indiquant l'absence d'une grande partie du pariétal et du temporal sans que pour cela le blessé ne s'en porte plus mal.

Employé de la "Dominion Bridge Co." le 20 juillet 1908, il était à travailler dans une échelle à la construction d'une bâtisse lorsqu'une brique lui tomba sur la tête, d'une hauteur de 40 pieds ; il tomba à la renverse sur le sol, privé de connaissance. Il fut transporté d'urgence à l'Hôpital : à 5 hrs p.m., 2 hrs après l'accident il avait repris l'usage de ses sens, ne présentait qu'une petite plaie contuse du cuir chevelu et se préparait à retourner chez lui tant il ignorait la gravité de son cas. A vrai dire l'apparence était trompeuse tant pour le patient que pour les médecins internes et moi-même. Aucun trouble moteur, pas plus du côté des pupilles, des muscles de la face ou de la langue, que du côté des membres. La palpation au pourtour de la plaie n'indiquait rien de particulier et la plaie en elle-même était insignifiante. Cependant vu la violence du coup qu'il avait reçu et la perte de connaissance qui s'en était suivie, je le décidai à se laisser examiner sous chloroforme et opérer même s'il y avait lieu.

Deux heures plus tard, au moment où il venait de monter sur la table d'anesthésie, sa main gauche était nettement parésée. (parésie tardive indice de compression par épanchement.) Quand il fut endormi, après rasage et désinfection soignée du champ opératoire, j'ouvris les téguments et tombai sur un vrai effondrement de la voute crânienne. Le pariétal et le temporal droits (portion écailleuse) étaient littéralement fracassés et une large fissure se prolongeait vers la base en arrière de l'oreille. La boîte crânienne était d'une minceur remarquable. En enlevant les esquilles et les caillots un flot de sang faillit provenir de l'ouverture du sinus longitudinal supérieur ; de la substance cérébrale sortait par la dure-mère entr'ouverte. Vu l'abondance de l'hémorragie et la quantité considérable de sang que le malade avait déjà perdu, je renonçai à l'idée de tenter de contrôler l'hémorragie en bourrant le sinus avec du catgut, et j'appliquai une compresse tampon, que je fis tenir par un aide pendant que je me hâtai de parer au reste des dégâts. Quand tout fut nettoyé et lavé soigneusement à l'eau bouillie chaude et au peroxyde d'hydrogène à 6 p. c., la compresse qui obstruait le sinus fut remplacée par un paquet de mèches de gaze iodoformée, le péricrâne et les téguments suturés, et un bon pansement fut appliqué de façon à maintenir solidement la compression que j'avais faite à l'endroit du sinus entr'ouvert. Dans la suite tout se passa sans incidents et mon malade guérit sans la moindre complication.

CONCLUSION.—En présence d'une plaie des téguments crâniens produite par une contusion violente, il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une fracture du crâne communiquant avec cette plaie ; (l'aventure arrivée au médecin qui fit le premier pansement du malade No 2 en est un exemple frappant) et avant toute exploration de la plaie, il convient d'en raser et aseptiser le pourtour d'abord, puis avec des tampons imbibés d'une solution antiseptique, des mains et des instruments aseptiques, de la débarrasser des corps étrangers qu'elle pourrait renfermer. Alors, et alors seulement devons-nous procéder à la recherche de la fracture en incisant au besoin les téguments. S'il n'y a pas de fracture, on ferme après avoir fait une bonne hémostase : si la fracture existe la conduite à tenir varie avec chaque cas.

"Le pronostic d'une fracture compliquée dépend du premier pansement" dit Bergmann ; Cette loi est plus que partout ailleurs applicable aux fractures ouvertes du crâne.

S'il n'y a qu'une simple fissure sans enfoncement, sans phénomènes cérébraux localisés, on doit suturer la plaie tout en se tenant prêt à intervenir au premier signe de compression ou d'infection.

Si la fissure est large ou laisse suinter du sang, si l'un de ses bords est enfoncé, s'il y a des symptômes cérébraux localisés en foyer, s'il y a fracture comminutive de la table externe, indice habituel de dégâts plus considérables de la table interne, il faut systématiquement ouvrir le foyer de la fracture pour voir ce qu'il y a dedans et se conduire en conséquence.

L'étiologie du Cancer

PAR

F. J. Castaigne, médecin des hôpitaux de Paris

L'étude du cancer est une de celles qui, au point de vue des résultats pratiques, cause le désespoir des médecins. Sans doute les anatomo-pathologistes ont, au cours du dernier siècle, précisé la structure fine de la plupart des néoplasmes, mais quand il s'agit de savoir quelle est la cause de leur développement, on se trouve le plus souvent en présence d'un point d'interrogation qui ne reçoit pas de réponse ; et quand on cherche à enrayer la marche envahissante de la maladie, on est le plus souvent désarçonné, à moins que le cancer soit nettement limité qu'il puisse être enlevé par le chirurgien. Ce sont de telles constatations d'impuissance relative ou même absolue, qui entretiennent dans le public extra-médical cette idée que nous entendons si souvent exprimer : à savoir que la chirurgie a fait beaucoup de progrès, tandis que la médecine piétine sur place. C'est une opinion que l'on pourrait refuter sur bien des points—je veux parler bien entendu

de la prétendue impuissance de la médecine et non des progrès de la chirurgie—en montrant que telle ou telle maladie qui paraissait incurable ou qui faisait de grands ravages il y a un siècle, est devenue peu dangereuse, grâce aux soins médicaux. Mais tel n'est pas mon objectif aujourdhui ; je voudrais, en analysant les récents travaux parus sur le cancer, montrer d'une part que si nous ne connaissons pas dès maintenant la cause intime du cancer, tout au moins avons-nous fait quelques pas en avant dans cette voie ; je voudrais, d'autre part, passer en revue les essais de thérapeutique qui ont été tentés au cours de ces dernières années, et montrer que si nous ne pouvons pas encore avoir la prétention de guérir tous les cancers, au moins ne sommes-nous pas absolument désarmés et ne devons-nous pas nous laisser envahir par le scepticisme thérapeutique cher à beaucoup de médecins. Les documents nouveaux sur ces différents points sont tellement nombreux, qu'une seule chronique ne me suffira pas pour les exposer : celle-ci sera consacrée à l'étiologie du cancer ; la prochaine à son traitement.

* * *

Au point de vue des causes du cancer la notion la plus précise que nous possédons à l'heure actuelle est celle des "états morbides pré-cancéreux". Depuis longtemps nous savions qu'un certain nombre d'affections se montrent fréquemment en relation avec le développement d'un cancer, et qu'on a pu, pour cette raison, les qualifier de précancéreuses : telles sont l'affection si spéciale des glandes mammaires connue sous le nom de Maladie de Paget du mamelon, certaines inflammations de la peau et des muqueuses, les naevi pigmentaires, les leucoplasies et en particulier la leucoplasie bucco linguale, etc.

M. Ménétrier vient de montrer que ces faits ne sont pas l'exception, mais constituent la règle ; il a exposé ses idées personnelles avec preuves à l'appui, dans une communication récente à l'Association Française pour l'étude du cancer, et surtout dans une monographie sur le cancer publiée dans la collection Brouardel et Gilbert et qui peut être considérée à l'heure actuelle comme la meilleure encyclopédie sur la question.

L'auteur a su passer en revue, d'une façon très claire les travaux de tous ceux qui se sont occupé de l'étude des néoplasmes, et néanmoins au milieu de tant de documents bibliographiques qu'il expose très complètement, il a pu mettre en relief ses opinions personnelles en ce qui concerne l'étiologie du cancer. A ce dernier point de vue, on peut résumer sa doctrine de la façon suivante : "Le cancer n'est pas une forme morbide primitive, c'est un aboutissant d'états pathologiques multiples antérieurs et préparatoires."

En s'en tenant à la seule observation des faits sans y mêler aucune conception pathogénique, Ménétrier a vu, en effet que dans tous les cas où le cancer peut être étudie à son début, alors que la lésion initiale n'a pas disparu dans la transformation générale du tissu, et dans les destructions qui en sont la conséquence, on le voit se

développer aux dépens de lésions antécédentes, aux dépens de cellules déjà modifiées par les conditions biologiques anormales. On voit, en effet, le cancer apparaître soit simplement à la suite de malformations dans le développement (cancer d'origine hétérotopique) ; soit à la suite de processus irritatifs, irritations inflammatoires, fonctionnelles ou régénératrices, qui sont la cause de proliférations anormales des cellules.

En résumé, la théorie soutenue par M. Ménétrier est la suivante : le cancer se développe sur des tissus malformés ou irrités chroniquement. Et si chaque médecin veut se rappeler ses souvenirs, sans parti-pris pathogénique, il trouvera dans ses observations personnelles toute une série qui rentreront dans le groupe si nombreux de celles que cite cet auteur. Si on lit attentivement les relations cliniques de lithiase biliaire, on constatera fréquemment des observations comme celle que je viens de recueillir : il s'agit d'une malade qui, à l'âge de vingt-cinq ans avait eu un premier accès de colique hépatique à l'occasion d'une grossesse. Depuis lors une ou deux fois par an, elle a présenté régulièrement des crises et on a trouvé des calculs dans ses selles à plusieurs reprises. A l'âge de quarante-sept ans, c'est-à-dire vingt-deux ans après sa première colique, elle présente tous les signes d'un cancer de la vésicule dont elle vient de mourir. Ces faits quand on les observe sans parti-pris théorique sont d'une netteté parfaite, et permettent de dire qu'il y a un rapport évident entre les calculs et les cancers des voies biliaires, les premiers préparant la voie aux derniers.

Je pourrais en dire autant de la lithiase rénale car dans le cours de ces derniers mois j'ai eu l'occasion d'observer trois malades qui, ayant eu des coliques néphrétiques une dizaine d'années auparavant, et qui ayant éliminé pendant un laps de temps très long des calculs uratiques, viennent de mourir d'un cancer rénal. Il n'est pas douteux que dans ces cas le calcul, en provoquant une irritation chronique des canaux excréteurs de l'urine a été la cause du néoplasme.

Mais c'est peut-être encore au niveau de l'estomac, que la transformation d'une inflammation banale chronique en cancer est la plus fréquente. Il est difficile néanmoins d'être absolument fixé sur la fréquence de cette transformation, car les statistiques sur ce point varient de 1 p. 100, à 100 p. 100 pourrait-on dire, puisque Zenker a pu soutenir que tous les cancers sont secondaires à des ulcères. Tout en considérant cette opinion comme exagérée, nous dirons qu'une statistique personnelle que nous avons faite et qui porte sur 60 malades atteints de cancer, nous a montré que dans 12 cas il y avait eu des signes non douteux d'ulcère rond, bien longtemps avant le début du cancer ; dans 20 autres cas il existait une affection gastrique probablement ulcéreuse ; enfin dans 16 autres observations le malade avait eu des troubles gastriques attribuables à une autre maladie que l'ulcère. C'est qu'en effet toutes les gastrites chroniques peuvent aboutir au processus néoplasique, et l'on a même cité des

cas où le point de départ d'un cancer de l'estomac était l'inflammation chronique produite et entretenue par la présence d'un corps étranger gastrique.

Ce que nous venons d'indiquer pour le cancer des voies biliaires, des reins et de l'estomac, nous pourrions le montrer tout aussi bien en passant en revue tous les organes, comme l'a fait M. Ménétrier avec beaucoup de précision. Nous sommes donc en présence non plus d'une hypothèse pathogénique, mais d'un fait bien précis, à savoir que dans toute une série de cas, le cancer se développe sur un organe qui a été soumis pendant longtemps à une irritation chronique. Le professeur Debove, en signalant ces faits à l'occasion d'une de ses cliniques récentes, a cherché à en donner une explication. Il pense que tous les éléments de l'organisme sont soumis à une régulation commune, qu'ils reçoivent les ordres d'une sorte de pouvoir central représenté par le système nerveux ; mais qu'à la suite d'une irritation chronique les cellules aient perdu leur connexions organiques, elles ne subissent plus le contrôle du pouvoir central : alors le plus souvent elles dépérissent, elles s'atrophient, elles disparaissent mais parfois en revanche, si elles sont plus vivaces, elles ont tendance à former des colonies indépendantes, elles deviennent anarchiques selon l'expression dont se sert Debove : le cancer peut être, dans ces conditions, considéré comme une sorte d'affection parasitaire dans laquelle les parasites seraient des cellules dérivées des cellules normales, mais devenues anarchiques.

Cette théorie est conforme avec l'ensemble des faits que nous venons d'exposer, concernant l'étiologie clinique du cancer. Mais ce qui reste à expliquer c'est la raison pour laquelle toutes les inflammations chroniques n'aboutissent pas forcément au cancer. C'est dans ce sens que des études viennent d'être faites et doivent être poussées activement, car de la connaissance exacte de ces faits pourront découler des notions thérapeutiques importantes il est certain, en effet, que s'il était prouvé que telle propriété des humeurs empêche le développement du cancer, que telle autre, au contraire, la favorise, on aurait une base thérapeutique très importante pour s'opposer à la transformation des inflammations chroniques en néoplasme. Ces études capitales, en l'espèce, ne sont encore qu'à leur début, nous le répétons ; néanmoins il existe déjà quelques notions intéressantes à ce sujet : c'est ainsi que dans les expériences d'Ehrlich sur la souris, il a semblé à cet auteur que l'arrêt du développement des greffes cancéreuses a pu tenir au manque dans l'organisme de certaines substances nécessaires à son développement. Inversement, von Leyden et Peter-Bergell supposent l'existence de ferments organiques, qui agiraient en empêchant l'accroissement néoplasique ; la diminution ou l'absence de ces ferments serait au contraire cause de la prolifération cancéreuse. Ces ferments anti-cancéreux seraient, d'après ces auteurs, d'origine hépatique ou pancréatique : c'est en partant de cette donnée que ces auteurs ont été amenés à employer la trypsine, ou des ferments protéolytiques extraits du foie dans le traitement du cancer, comme nous le dirons dans notre prochaine chronique.

En outre de ces substances excitatrices ou phrénatrices existant en dehors de la cellule cancéreuse et même avant elle, il n'est pas douteux que la masse néoplasique elle-même secrète des substances qui interviennent dans l'extension du cancer.

C'est ainsi que Henmeyer aurait produit expérimentalement une prolifération adénomateuse dans l'estomac d'un chien, en injectant au bord d'un ulcère artificiel un filtrat stérile de cancer gastrique de chien. De même Mayet semble avoir provoqué la formation de néoplasies épithéliales chez le rat en injectant sous la peau ou dans le péritoine de cet animal des produits solubles de tumeurs malignes de l'homme. Ce qui paraît, en tout cas, nettement démontré depuis les travaux de Blumenthal, c'est qu'à les cellules secrètent un ferment protéolytique qui est capable de solubiliser l'albumine des tissus environnants ce qui explique non plus le fondement initial du cancer, mais son accroissement ultérieur : si, en effet, la cellule cancéreuse, seule parmi toutes les autres cellules de l'organisme, est en état de se développer d'une façon exubérante dans le tissu avoisinant, c'est qu'elle le dissout grâce aux ferments qu'elle contient. Ces mêmes ferments peuvent d'ailleurs passer dans l'organisme par la circulation générale, avec d'autres produits toxiques qu'ont mis récemment en lumière Mme Girard-Mangin et le professeur Roger, mais il semble bien que ces produits qui peuvent expliquer la facilité de la généralisation cancéreuse, l'amaigrissement et la cachexie, n'existent que dans certaines formes de néoplasmes et qu'en particulier les cancers durs, à évolution fibreuse, ne soient pas ou presque pas toxiques. Nous reviendrons sur l'existence des ferments secrétés par la cellule cancéreuse, à propos du traitement par la quinine qui, d'après Jaboulay, agirait comme antidote de cette sécrétion protéolytique, mais ce que nous voulons retenir pour le moment c'est que dans l'étiologie du cancer, interviennent à côté de l'irritation chronique cause indispensable, toute une série de causes prédisposantes dont la connaissance sera fournie par l'étude de plus en plus précise de la composition des humeurs de ces malades. Cette conception est d'ailleurs conforme à celle de Ménétrier, et avec lui nous dirons qu'il est très hautement probable que des produits solubles élaborés par l'organisme et mis en circulation dans ses milieux, jouent un rôle important dans l'excitation ou l'inhibition proliférative des cellules qui deviendront cancéreuses, mais on ne peut à l'heure actuelle préciser davantage la nature et le rôle exact de ces ferments. Tout ce qu'on peut dire c'est que de telles substances ne sont acceptables comme causes pathogènes qu'à la condition d'agir sur des cellules spéciales, préparées, sélectionnées pour ainsi dire, par une inflammation chronique. On ne saurait, en effet, les considérer que comme cause déterminante du processus cancéreux, autrement leur action devrait s'étendre à tous les tissus de l'organisme, ce qui est contraire à ce que nous savons de la circonscription initiale du cancer à ses débuts.

Les notions que je viens de résumer concernant l'étiologie du cancer, telle qu'elle me semble ressortir des travaux de ces derniers mois, ne sont nullement en contradiction avec les données positives établies par les observations cliniques au sujet de la diathèse cancéreuse, de l'hérédité, du traumatisme, de l'infection parasitaire, etc.

Dans la conception que nous venons de formuler nous admettons, en effet, qu'un facteur capital domine l'étiologie du cancer, c'est l'existence d'un tissu devenant néoplasique à la suite d'une irritation chronique non spécifique; nous avons ajouté que toute irritation chronique ne produisant pas un cancer, il y avait lieu de faire intervenir une cause prédisposante d'origine humorale; eh bien d'une part les faits qui mettent en relief une diathèse cancéreuse ou l'hérédité, rentrent dans la catégorie des troubles humoraux prédisposants; quant au traumatisme et aux infections parasitaires ils peuvent venir s'ajouter aux irritations chroniques non spécifiques, déterminant la prolifération cellulaire. Voyons en quelques mots ce que les travaux récents ont établi à ce sujet.

"En ce qui concerne 'l'hérédité cancéreuse' en particulier, nul doute qu'on ait rapporté à ce sujet des faits indéniables: récemment, j'ai pour ma part, observé un cancer de l'estomac chez un homme de quarante-cinq ans dont la mère était morte d'un néoplasme utérin, dont un des frères avait succombé déjà de cancer gastrique et dont une soeur avait une tumeur maligne du sein. Dans ces cas les frères avaient été séparés très jeunes de leurs parents, et il s'agissait bien, ce me semble d'hérédité et non de contagion familiale. Mais, est-ce à dire pour cela que ce soit le cancer lui-même qui est héréditaire? D'après la conception étiologique que nous venons de développer, nous avons tendance à croire que c'est plutôt le vice humoral qui est héréditaire: il suffira à des tels sujets, dont les humeurs sont congénitalement vicieuses de préseater une irritation de l'estomac, de l'utérus, du sein, pour que se développe un néoplasme. Ce vice des humeurs, qui peut-être héréditaire, consiste probablement dans l'absence des ferments préservateurs dont nous parlions tout à l'heure, et c'est cette constitution morbide qui constitue sans doute ce qu'on a étudié sous le nom de "Diathèse cancéreuse" qui elle-même, peut-être héréditaire ou acquise. Il y aura lieu en effet de chercher quelles sont les conditions alimentaires, infectieuses, toxiques ou autres qui favorisent cette diathèse: à l'heure actuelle on n'est pas fixé sur ce point. Les derniers travaux ne semblent pas confirmer en effet, les mauvais effets de l'alimentation carnée: Hendley, sur 102 cancéreux qu'il a observés aux Indes, en a constaté 61 qui étaient purement végétariens; d'ailleurs, l'étude du cancer des animaux a montré qu'il n'était nullement spécial aux carnassiers, et qu'il se rencontre dans tout le groupe des vertébrés, quel que soit leur mode d'alimentation. En ce qui concerne le rôle des maladies infectieuses, nous verrons ce qu'on doit penser de la théorie qui veut considérer le cancer comme une maladie parasitaire spécifique; ce que nous voulons dire simplement pour le mo-

ment, c'est qu'il n'existe pas de maladie infectieuse générale qui puisse être considérée, comme préparant, et terran au cancer: en revanche, elles peuvent toutes agir en produisant des irritations chroniques qui seront l'origine du cancer et, à ce point de vue, la syphilis mérite le premier rang. De même, l'arthritisme qui a été invoqué comme prédisposant au cancer depuis Bazin et Hardy, me paraît être une cause bien vague, quoique cependant, encore récemment, le professeur Teissier ait insisté sur les rapports du rhumatisme chronique et du cancer: il a constaté, en effet, l'évolution parallèle des deux formes morbides soit dans une même famille, soit chez un même individu, et il admet que, dans ces cas, le rhumatisme pourrait être une maladie précancéreuse.

En tout cas, il s'agit là de causes prédisposantes bien vagues, tandis que le "traumatisme" constitue une cause déterminante qu'on doit mettre sur la même ligne que les irritations chroniques dont nous avons parlé; et quant aux "infections parasitaires, elles ont donné lieu à tellement de travaux récents, que nous devons y consacrer un chapitre spécial.

Beaucoup d'auteurs considèrent, en effet, le cancer comme toujours dû à une infection parasitaire et, récemment en core, M. Borrel, dans le "Bulletin de l'Association française" pour l'étude du cancer, et le professeur Jaboulay, dans une série d'articles publiés dans notre journal, ont encore apporté de nouveaux arguments en faveur de leur façon d'expliquer la pathogénie des néoplasmes. Mais les auteurs lui admettent la théorie parasitaire sont loin de la concevoir tous de la même manière: les uns ont constaté des parasites végétaux, d'autres des parasites animaux et, dans l'un et l'autre genre, on invoque des espèces différentes et des mécanismes particuliers.

En ce qui concerne les parasites animaux, ce sont surtout des coccidies qu'on aurait trouvées dans les tissus cancéreux: coccidies de Meisser ou de Wickam, coccidies de Fox, de Ruifer, coccidies "en oeil de pigeon" de Leyden et Feiberg. Mais il semble bien que tous ces pseudo-parasites, ne sont que des modes particuliers de la sécrétion cellulaire dans les tumeurs cancéreuses.

Plus intéressantes sont les conceptions de M. Jaboulay, car l'auteur les poursuit avec méthode et semble préciser chaque fois davantage ces premiers résultats obtenus. D'après lui, les parasites qui provoquent les cancers sont des protozoaires de la classe des myxosporidies qui ont des formes très variées, ce qui expliquerait que les différents auteurs ont décrit de nombreux parasites du cancer, qui seraient tous, en réalité, des formes d'évolution des myxosporidies. Les formes variables des néoplasmes correspondraient aux formes également variables du parasite, de telle sorte que le type histologique du néoplasme et le degré de dégénérescence cellulaire, sont subordonnées à la forme évolutive du parasite; ce serait elle et non la cellule qui impliquerait la malignité du cancer. Un des principaux arguments de M. Jaboulay consiste en ce que les spores cancéreuses sont très myxosporidies: sans doute, on rencontre rarement la spore par-

faite, mais on trouve toujours des formes plus ou moins dégradées qui sont développées dans l'intimité des tissus. La forme que l'on constate le plus fréquemment est la forme amibienne (regardée ordinairement par les histologistes comme un inclusion cellulaire) qui émane d'une myxosporidie et qui va elle-même reproduire au loin le parasite; de même les productions, que tous les auteurs appellent globus épithéliaux, seraient des sporoblastes, des spores en voie de formation, et il en serait de même pour les "yeux d'oiseau" de Leyden et Fieberg.

Dans son article le plus récent, M. Jaboulay répond à l'objection qu'on a pu lui faire, concernant la non inoculabilité du cancer qui prouverait qu'il ne s'agit pas là de maladie parasitaire: cette inoculabilité du cancer, dit-il, si elle existait, facile, étendue, indiquerait que la maladie est d'origine microbienne végétale; mais les myxosporidies ne se transmettent pas comme les microbes, et, à leur sujet, l'expérimentation n'a pas encore balbutié son premier mot. Il semblerait que chaque animal est infecté par une myxosporidie qui lui est particulièrement pathogène et que partant on ne peut inoculer qu'à lui-même. En raisonnant par analogie, les myxosporidies de l'homme ne doivent pouvoir être inoculées qu'à l'homme: elles réclament pour pulluler ce terrain approprié convenant à elles seules, spécifiques en un mot, qui est nécessaire ainsi pour les myxosporidies des vertébrés inférieurs et des invertébrés.

Si ces constatations d'ordre anatomo-pathologique sont reconnues exactes, on peut admettre que le cancer est dû à ce que la myxosporidie pénètre dans le protoplasma ou le noyau des cellules; il y a inclusion et, dès lors, la cellule et le parasite ne se quittent plus et se produisent ensemble. Enfin, la généralisation cancéreuse est très facile à comprendre, car alors que les gregarines et les coccidies restent localisées et sont pour ainsi dire régionales, ne franchissant guère l'organe où elles apparaissent, les myxosporidies, au contraire, arrivent à envahir tous les tissus tous les viscères de l'organisme où elles ont pénétré; elles sont cosmopolites suivant l'expression de Balbrani. Et il est à noter que, chez les vertébrés inférieurs, les myxosporidies peuvent produire d'énormes néoplasmes arrivant à peser les deux tiers du poids total de l'individu parasité, qu'elles cachectisent leurs hôtes, les décolorant, détruisant leurs globules rouges et amenant même, d'après Balbrani, une grande leucocytose. C'est bien là le tableau ces accidents produits par le cancer.

Si dans les productions intra-celulaires, que M. Jaboulay a décrites avec tant de soin à l'intérieur des cellules cancéreuses, sont bien myxosporidies, le problème étiologique des néoplasmes serait dès maintenant solutionné. On ne peut s'empêcher de remarquer combien les arguments apportés par l'auteur sont intéressants et se confirment les uns et les autres. Néanmoins, il est à regretter que l'existence du parasite ne puisse être prouvée que par les constatations microscopiques et que, selon l'expression de M. Jaboulay, les cultures et l'expérimentation n'aient pas balbutié encore leur premier mot.

Ce serait nécessaire, quand il s'agit d'une question aussi importante et aussi controversée que celle-ci! N'importe, l'énergie de M. Jaboulay et son excellente méthode de travail ne sauraient tarder à l'amener à des résultats encore plus décisifs. En tous cas, il lui restera toujours d'avoir indiqué une thérapeutique par la quinine qui, comme je vous le dirai dans ma prochaine chronique, est une des plus actives que nous puissions mettre en oeuvre.

Récemment on a invoqué le rôle des spirilles, parce qu'on en a trouvé dans certaines tumeurs cancéreuses de la souris; mais Borrel, qui vient de critiquer ces faits, déclare, très justement, que si l'on trouve fréquemment des spirilles dans les tumeurs cancéreuses spontanées de la souris, on en trouve aussi chez des souris qui ne présentent pas et ne présenteront jamais de tumeurs cancéreuses; il peut donc se faire que les souris spirilles (comme les hommes syphilitiques) deviennent plus facilement cancéreuses. En somme, dans ces cas, l'infection serait une cause prédisposante au cancer, et nous reviendrons tout à l'heure sur cette interprétation qui n'est d'ailleurs pas absolument celle de M. Borrel. Cet auteur croit que le néoplasme est d'origine parasitaire, mais il pense que nous ne connaissons pas actuellement l'élément pathogène aux parasites animaux, dont il nous reste à dire un mot, tout aussi bien qu'aux végétaux dont nous venons de parler. La conception de la maladie cancéreuse telle qu'on a voulu la soutenir était vraiment trop simpliste, dit-il; on a cherché dans le cancer un microbe ou des microbes analogues aux autres agents pathogènes décrits dans les maladies virulentes jusque-là connues, et c'est ainsi que nous avons eu le microbe du cancer de Scheirlein, de Rappin, de Ballance, le micrococcus néoformans de Doyen, sur lequel nous reviendrons d'ailleurs dans notre prochaine chronique à propos du traitement du cancer. Mais tous ces microbes, ajoute Borrel, sont depuis longtemps oubliés ou en passe de le devenir.

En revanche, Borrel espère que l'expérimentation sur la souris est appelée à éclairer beaucoup l'étiologie et la pathogénie du cancer, pour les raisons suivantes: d'une part, il fait remarquer que tous les types de tumeurs humaines peuvent se retrouver chez la souris ou chez le rat, première condition indispensable pour permettre l'expérimentation dans de bonnes conditions. Il ajoute, d'autre part qu'avec la souris on peut grouper; dans un espace restreint, des milliers de sujets d'expérience, constituer des hameaux, des villages des villes, soumises à des régimes variés, à des conditions diverses; et comme ces animaux vivent trois ans au maximum et donnent des générations nombreuses, il est toujours possible de soumettre à l'épreuve expérimentale la notion de l'hérédité, et cela rapidement puisque, dit Borrel, "un an d'observation sur la souris, c'est un siècle de vie humaine." Analysant ensuite les résultats déjà obtenus par les greffes cancéreuses chez la souris, cet auteur est d'avis que, "grâce à la souris les plus belles espérances peuvent être permises" et que d'ailleurs déjà "dix ans d'expérimentations sur elles, nous ont appris plus que vingt siècles d'observation stériles" et, dans sa reconnaissance dithyram-

bique envers ce petit animal si précieux en la circonstance, il déclare que le "Comité international du cancer devrait adopter, comme emblème et en signe de gratitude, une souris à tumeur."

Pour ma part, tout en trouvant du plus haut intérêt les expérimentations faites sur la souris, je m'empresse d'ajouter qu'on ne peut pas facilement appliquer à l'homme toutes les constatations faites chez ce petit rongeur, et quand Borrel pousse son cri de triomphe en opposant aux vingt siècles d'observations qui nous ont tant appris, on est tenté de lui répondre : tant appris, oui, mais exclusivement sur le néoplasme de la souris et non sur celui de l'espèce humaine, tandis que l'observation anatomo-clinique— qu'il prétend stérile bien à tort nous a donné cette notion si importante des états précancéreux.

D'ailleurs lui-même Borrel, après avoir célébré les résultats heureux de l'expérimentation, est bien obligé de reconnaître que la théorie infectieuse du cancer, si elle est probable, reste dans le domaine des théories : "La classe des tumeurs est immense, dit-il, elle comprend certainement les productions les plus variées et les plus hétéroclites ; pourquoi ne pas admettre comme possible—et par principe—qu'à des virus encore inconnus, ou à des modes d'infection variés, peuvent correspondre des lésions spéciales, dont la raison d'être sera plus tard expliquée ?" Il pense aussi, mais toujours à titre d'hypothèse, que les cancers du tube digestif peuvent être dus "chez l'homme à quelques infections vermineuses d'origine alimentaire, à quelque larve, à quelque parasite venus de l'eau ou des aliments souillés par les fumiers ou l'épandage : la prudence voudrait, semble-t-il, que radis, salades, fraises, et tous aliments crus souillés par des fumiers soient tenus en suspicion par les personnes qui redoutent le cancer de la quarantième année".

On voit combien les notions qu'apportent à l'heure actuelle les études exclusivement menées dans les laboratoires sont encore peu précises, en ce qui concerne l'étiologie du cancer ; en revanche de nombreux travaux s'y poursuivent sur le traitement des néoplasmes, si bien que les expérimentations sur la souris doivent être encouragées, mais à la condition qu'on ne fasse pas fi de l'observation anatomo-clinique et qu'on ne la délaisse pas. Car, nous tenons à le dire exterminant et comme conclusion de cette chronique, c'est cette étude du malade et des pièces anatomiques d'origine humaine qui a mené à la seule notion précise que nous ayons jusqu'à présent, à savoir que les irritations chroniques peuvent être considérées comme des états précancéreux qui, dans certaines circonstances, se transforment en cancer. Cette notion, d'ailleurs M. Borrel l'admet puisqu'après avoir malmené les observations stériles, il déclare que "les observations cliniques, dont on ne saurait trop tenir compte, montrent que toujours il faut admettre la nécessité d'une lésion préexistante, de la région ou de l'organe, la formation de cellules réceptrices capables de devenir cancéreuses." Eh bien, dans ces conditions, puisque l'accord est

fait sur ce point que le cancer succède à l'irritation chronique, pourquoi ne pas admettre que des infections variées et non spécifiques peuvent, ou bien, dans certains cas, produire cette irritation chronique qui aboutira au cancer, ou bien venir s'ajouter à une irritation chronique déjà créée et activer sa marche vers les néoplasme. C'est ainsi que l'état actuel de la question, d'après les travaux les plus récents, me permet d'envisager une chronique, quelle thérapeutique peut entraîner avec elle une pareille conception pathogénique.

(In Journal Medical Français)

Clinique Chirurgicale

Les méningocèles

PAR LE PROF. KIRMISSON

à l'hôpital des Enfants-Malades

Par le Prof. Kirmisson,—Hôpital des Enfants-Malades.

Une fillette de six semaines, née à terme et bien constituée, présente à la partie supérieure de l'occiput une tumeur congénitale, ovoïde, du volume d'une mandarine. Cette tumeur est pédiculée ; la peau qui la recouvre est lisse et se continue avec la peau du crâne, laquelle est tapissée de poils. La consistance de la tumeur est rénitente, presque fluctuante ; la pression en paraît légèrement douloureuse, mais n'amène aucune réduction notable de la masse ; de plus, la pression ne produit pas d'accidents cérébraux : convulsions paralysies ou contractures. La transparence de la masse est parfaite et son pédicule sort à travers une interruption de la boîte osseuse. La colonne verticale est bien conformée.

Il s'agit d'une méninocèle, c'est-à-dire d'une poche liquide en communication avec les méninges, et liée, comme suit

me on sait, à un arrêt du développement de l'occipital dont les points osseux, ne se réunissant pas, laissent une cavité se creuser dans leurs intervalles. On a observé un arrêt de développement qui se poursuit parfois plus bas et descend jusqu'aux apophyses épineuses, formant de la sorte une spina bifida cervicale qui se continue avec le méninocèle. L'hypothèse invoquant une inflammation intratérine comme cause de cette complication est absolument rejetée.

Le diagnostic de méninocèle ou de hydro-encéphalocèle est absolument sûr. Un céphalaematome présente un aspect tout différent.... Il n'est point pédiculé, sa base est large et circonscrite par un bourrelet osseux. En plus le siège est différent non pas au niveau de l'occipital, comme les méninocèles, mais sur les parties latérales des régions pariétales.

Un kyste dermoïde n'est point davantage pédiculé ;

de plus, il n'est ni transparent, ni fluctuant et conserve, quand on le presse, l'empreinte du doigt comme dans l'œdème. C'est au niveau de la fontanelle antérieure qu'il se fixe de préférence.

Une tumeur qu'il convient de connaître, c'est l'encéphalocèle, c'est-à-dire une tumeur qui renferme de la matière cérébrale ; elle se présente en effet comme une légère saillie au niveau de la base du nez, de l'angle interne de l'œil. Ces petites tumeurs ne sont pas pédiculées, ni transparentes ; parfois, du tissu angiomateux les recouvre. Compatibles avec l'existence, il n'est point nécessaire de les enlever. Si toutes précautions ne sont point prises, de gros dangers risquent de suivre leur ablation. D'autant que les tumeurs se forment parfois à la base de du crâne, font saillie dans les fosses nasales ou le conduit auditif. On les a prises pour des polypes. Malheureux le chirurgien qui commet la confusion car son malade est perdu.

Il est difficile de savoir si la poche renferme simplement du liquide (méningocèle) ou quelques autres éléments nerveux (hydro-céphalocèle) ; encore ces éléments nerveux sont-ils atypiques et les grandes cellules pyramidales de l'écorce y voisinent avec les cellules de Puskynje de cervelet. Parfois du tissu fibreux gonflé de liquide, compose la substance de ces tumeurs et se continue avec les méninges.

Ici, la tumeur ne semble renfermer que peu d'éléments nerveux, puisque la compression ne produit aucun accident cérébral. Néanmoins, le pronostic en serait grave.

Si on laissait la tumeur livrée à sa marche naturelle, elle ne tarderait pas à s'ulcérer et à ouvrir la porte à des accidents infectieux graves.

Quant au traitement, il est très simple. On ne songe plus à ponctionner et user d'injections modificatrices comme au temps jadis. C'est là une méthode aveugle et dangereuse. Depuis 1881, les chirurgiens russes ont pratiqué l'excision de ces tumeurs et ils ont été suivis dans cette voie en France par Périer, Berger, Picqué, etc. Très rapidement, on taille deux lambeaux sur la tumeur ; il convient d'aller vite, car cela saigne fort et on opère sur des nourrissons qui ne supportent pas de grosses pertes sanguines. Si le pédicule est épais, il est plus sage de le fendre pour voir s'il contiendrait des masses nerveuses qui pourraient être réduites. Si le pédicule n'est pas épais il est plus simple de le lier avec un fort catgut, d'exciser de rabattre ensuite les lambeaux et suturer.

L'opération est surtout grave pour les encéphalocèles. Dans une thèse qu'il a inspirée, M. Kirmisson compte, sur 80 opérations totales, une mortalité de 39,01 p. c. pour les encéphalocèles. Les hydrencéphalocèles qui ne renferment que de rares éléments nerveux, donnent une mortalité de 27,20 p. c. Les méningocèles qui ne contiennent que de l'eau, produisent la mortalité la plus faible : 21,2 p. c.

En dehors des résultats immédiats, il faut encore compter avec les résultats loignés. Ils ne sont pas brillants. Des troubles intellectuels ont main'e fois suivi, avec affaiblissements mental. Néanmoins, M. Kirmisson a opéré une méningocèle qui au bout de quelques années se portait bien et s'était développée normalement au point de vue mental.

Pédiatrie

IDIOTIE AMAUROTIQUE FAMILIALE

Les Archives de Médecine des enfants publiaient en mai dernier la première observation d'idiotie amaurotisque familiale recueillie en France, par le Dr Apert. Plus récemment les Drs Davis et Oatman ont fait connaître un nouveau cas dans le recueil du 25^e anniversaire de la "Post-Graduate School" de New-York (1908, p. 402.) Actuellement on connaît plus de 100 cas de cette singulière maladie. Les faits étant déjà vulgarisés, il est à prévoir qu'on ne tardera pas à rapporter de nouveaux cas de la nouvelle affection. Et c'est pourquoi nous allons résumer l'histoire de "l'amaurotic family idiocy."

Le fait principal, qui devait attirer l'attention des oculistes et qui explique que cette maladie n'ait été pendant longtemps bien connue que par eux, c'est la présence constante et caractéristique d'une zone gris blanchâtre entourant la macula, qui apparaît elle-même d'un rouge cerise. Le premier qui ait constaté ces altérations rétinienne est Warren Tay (1881), qui les mentionna dans les "Transactions of the ophthalmological Society of the united Kingdom" sous le titre de : "Symmetrical Changes in the region of the yellow spot in each eye of an infant." Il pensait qu'il s'agissait d'une affection locale limitée aux yeux.

C'est à l'Américain Sachs que revient l'honneur d'avoir montré qu'il s'agissait d'une maladie générale (Journal of Nervous and Mental Diseases, 1887), à laquelle il donna le nom qui lui est resté d'idiotie amaurotisque familiale (amaurotic family idiocy.) Pour rendre justice aux deux hommes qui ont les premiers décrit cette affection, on lui donne souvent le nom de "maladie de Tay-Sachs." Voici les principaux symptômes indiqués par Sachs lui-même en 1896 :

- 1^e Débilité mentale, observée dans les tout premiers mois de la vie, allant jusqu'à l'idiotie complète ;
- 2^e Parésie ou paralysie de la plus grande partie du corps ; cette paralysie pouvant être flasque ou spastique ;
- 3^e Les réflexes peuvent être affaiblis ou augmentés ;
- 4^e Diminution de la vision, aboutissant à une cécité absolue (altérations de la "macula lutea" et plus tard atrophie du nerf optique) ;
- 5^e Cachexie, mort vers la seconde année.
- 6^e Occurrence de la maladie chez plusieurs membres de la même famille ;
- 7^e Bonne santé à la naissance, persistant jusqu'au troisième ou cinquième mois.

Parmi les symptômes accessoires de la maladie, nous citerons le nystagmus, le strabisme, l'hyperacousie, auxquels il faut ajouter, d'après Falkenheim le rire explosif et les troubles de la déglutition. La dysphagie était très marquée chez le malade de M. Davis.

Outre l'altération spéciale des yeux on doit mettre

en relief le caractère familial de la maladie. Toutefois, les parents sont généralement sains, indemnes de syphilis. Enfin il est à signaler que, jusqu'à présent, la plupart des cas se sont rencontrés dans la race juive, et spécialement chez les israélites de l'Orient européen. Tous les cas du début furent observés chez les juifs, et Carter a insisté sur cette particularité. Mais, depuis lors, on a rapporté quelques observations de races.

Le cas de MM. Davis et Oatman est classique à tous les points de vue.

Il s'agit d'un petit garçon reçu dans les salles d'enfants du "New York Post Graduate Hospital" (service de M. Chapin,) le 21 décembre 1907. Il en sortit le 21 janvier, rentra au bout de quelques jours et y mourut le 4 février 1908. Son père et sa mère, d'ailleurs bien portants, sont des Juifs de Russie. Sur 5 enfants, 3 sont bien portants, 2 (y compris le cas actuel) sont atteints d'idiotie amaurotique familiale. Le premier de ces derniers, né après un accouchement naturel, fut sain jusqu'à huit ou neuf mois. A ce moment, la mère le conduisit au "Bellevue Hospital" pour une diarrhée persistante. C'est là que les médecins lui apprirent que son enfant était aveugle. Il était aussi très faible, mais sa mère mettait cette faiblesse sur le compte de la diarrhée. Il mourut à dix-huit mois.

Le quatrième enfant, celui qui fait le sujet de l'observation actuelle, fut extrait par le forceps; bien portant jusqu'au huitième mois, il ne peut plus s'asseoir seul, ne peut rien prendre dans ses mains ou le retenir quand il l'a pris. Il ne riait jamais et semblait ne pas voir. Il avait aussi de la diarrhée. Nourri au sein, il refuse à huit mois de téter. Membres flasques, non spastiques; pas de convulsions. L'examen des autres enfants montra qu'ils avaient une vue normale et une santé parfaite. Pas de tuberculose, ni syphilis, ni alcoolisme, ni altération mentale, ni troubles névropathiques chez les parents.

Au moment de l'admission, l'enfant présente une paralysie générale des membres, qui a progressé jusqu'à la flaccidité complète, sauf pour les doigts et orteils, qui sont un peu spastiques. L'enfant était nonchalant et inattentif. Rien au poulmon; apparence de bonne santé, peau blanche, regard terne, mouvement au moindre bruit. On peut nourrir l'enfant à la cuiller. Constipation, selles en apparences sanglantes. Grandes variations de température: entre 37 et 42 degrés. Pouls entre 100 et 144; respiration entre 32 et 50. Le jour de la mort, le pouls monta à 164 et la respiration à 80.

Au début, l'enfant dormait bien; puis il devint très agité, criant pendant son sommeil et difficile à nourrir; dysphagietès marquée à la fin.

Le premier janvier, premier examen des yeux: grande tache gris blanchâtre entourant chaque macula; celle-ci, ovale horizontalement, avait une couleur rouge-cerise. Les vaisseaux sanguins de la rétine se distinguaient dans l'aire nébuleuse entourant la macula, et le nerf optique était très blanc. Cécité complète.

Mort dans le marasme.

Un œil fut enlevé neuf heures après la mort et confié au Dr Oatman pour l'examen histologique: état normal de la cornée, de l'iris, du corps ciliaire, du corps vitré, du cristallin, de la choroïde et du système vasculaire. Dans le nerf optique, le tissu connectif était abondant (atrophie optique.) La choroïde et la rétine étaient un peu adhérentes, l'une à l'autre. Dans la région de la macula la tétine était épaissie; la fovea proéminent dans le corps vitré; elle était entourée de cellules ganglionnaires proliférées. Il est fâcheux qu'on n'ait pas pu remonter plus haut et étudier les lésions cérébrales. En tout, cas, on peut conclure: 1e à l'absence de tout processus inflammatoire ou autre lésion pouvant expliquer les symptômes ophtalmoscopiques ou la cécité; 2e à la présence de granulations particulières dans les cellules ganglionnaires; 3e à une atrophie optique commençante.

L'étiologie reste obscure. La maladie est-elle congénitale, dans le sens d'une lésion héréditaire de la substance grise ou du système nerveux central; est-elle acquise et due à quelques dégénérescences, on ne le sait.

Dans les premières autopsies, Sachs ((1887-1892) trouva la dégénérescence des cellules pyramidales de la corticalité cérébrale tout entière et l'attribua à un arrêt de développement.

Hirsh (1898), après un examen histologique très soigné et très complet, établit en fait que non seulement les cellules de l'écorce du cerveau étaient atteintes, mais aussi les cellules ganglionnaires de tout le système nerveux. Pas de lésions de la névroglie ni des vaisseaux.

Après de nouvelles autopsies, Sachs admet ces lésions, et il pense que le processus morbide atteint primitivement le cerveau et la moelle (substance grise) pour se communiquer secondairement aux fibres blanches des cordons antérieurs et latéraux (1903).

Pour ce qui concerne les yeux, Treacher Collins pense que l'apparence blanc grisâtre autour de la macula est due à l'œdème. Holden, dans un cas assez frais pour un bon examen histologique, a établi que les lésions de la rétine étaient identiques à celles de l'écorce cérébrale et de la moelle et dues aux altérations des cellules ganglionnaires de la rétine. D'ailleurs le nerf optique et la rétine ne font-ils pas partie du cerveau?

Quant aux causes qui produisent cette dégénérescence primitive des cellules nerveuses de tout le système et secondairement les lésions des filets nerveux, elles restent obscures. Pour Sachs la maladie serait congénitale; il s'agirait d'un arrêt de développement, d'une agénésie. Il intitulait ses premiers cas: "arrêt de développement cérébral, agénésie corticale."

Kingdon et Russell pensent que la maladie est acquise et due à un processus dégénératif. Hirsch croit aussi qu'elle est acquise, mais que les lésions dégénératives sont produites par des toxines (toxémie.) Reste à expliquer le caractère familial et la question de race.

Le diagnostic n'est pas sans difficultés. On a pensé à la méningite, mais l'état des yeux, en dehors de l'évolution, suffit à écarter ce diagnostic. Le même argument

peut servir pour différencier l'idiotie congénitale commune, qui, d'ailleurs, est compatible avec une longue survie. La diplégie cérébrale ne s'accompagne pas de lésions du fond de l'œil. Comme l'a fait remarquer Sachs, la plupart des cas de diplégie cérébrale sont dus à des traumatismes obstétricaux. Cependant il trouve des points de contact entre l'idiotie amaurotique familiale et la forme de rigidité spasmodique dite familiale, entre ces affections et l'ataxie cérébelleuse ou la maladie de Friedreich. La différence des symptômes, dans ces différents cas, dépend de l'étendue et de la localisation de l'arrêt de développement : cerveau, moelle épinière, cordons pyramidaux, cordons postérieurs, faisceaux cérébelleux, etc. Cette synthèse est assez séduisante, quoique hypothétique ; mais les causes du processus nous échappent.

Le traitement de l'idiotie amaurotique familiale est sans issue, et la maladie se termine invariablement par la mort vers l'âge de deux ans.

Depuis quelques années, on a rapporté, de différents côtés, des cas assez nombreux "d'idiotie amaurotique" se rapprochant ou s'éloignant du type créé par Sachs. Ces cas aberrants, comme les qualifie M. Apert, ont entre eux ceci de commun qu'ils ne présentent pas la tache blanche de la macula avec son point rouge central. Les uns, par la précocité de leur apparition et leur évolution, se rapprochent beaucoup de la forme typique ; les autres s'en éloignent par leur début, qui n'a lieu que dans la seconde enfance,

Laissant de côté cette forme tardive, il reste, d'après Apert, 8 cas où, avec un syndrome très voisin de la maladie de Tay-Sachs, l'examen ophtalmoscopique restait négatif. Il faut ajouter que la plupart de ces sujets n'appartenaient pas à la race juive.

Quant aux formes encore plus tardives et juvéniles de l'idiotie amaurotique familiale décrites par Vogt ("Monatschr. für Psych. und Neur., 1906"), elles s'éloignent tellement du type primitif qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter. La région de la macula, dans ces cas, était intacte, et l'amaurose s'expliquait par l'atrophie des nerfs optiques.

(Des Archives de Médecine des Enfants.)

D'OU VIENT LE BOVRIL

Une dépêche récente de Londres annonçait que la Compagnie "Bovril" venait de faire l'acquisition d'immenses troupeaux de taureaux à la République Argentine. Les nouveaux "ranches" dont la compagnie vient de faire l'acquisition couvrent une superficie de 438,082 acres et nourrissent actuellement plus de 100,000 bêtes à cornes

Une compagnie subsidiaire s'est engagée à fournir à la Cie "Bovril," au moins 30,000 taureaux annuellement, qui serviront à la préparation du "Bovril". Des usines immenses, avec tous les perfectionnements modernes, sont installées sur les terrains et c'est aussi sur place que sera préparé le célèbre "BOVRIL."

Syphiligraphie

La syphilis est si variée dans ses manifestations et elle les fait naître d'une manière si inopinée, si imprévue parfois,—qu'il nous a paru intéressant de présenter en un groupement d'ensemble quelques communications récentes sur cette vieille question de pathologie toujours d'actualité.

SYPHILIS ET TUBERCULOSE

Dans un intéressant travail, Sergent étudiait récemment (Pr. Med. Oct. 1908) l'influence réciproque de la syphilis et de la tuberculose dans les cas d'infection mixte

Après avoir exposé d'une part comment la syphilis crée un terrain d'élection pour la tuberculisation, comment d'autre part il n'y a jamais hybridité de lésions, mais seulement et toujours hybridité de terrain, avec intrication ou juxtaposition plus ou moins étroite et lointaine des lésions, l'auteur aborde l'étude des tuberculoses locales chez les syphilitiques ou syphilo-scrofules. Nous en retiendrons ce fait que, si certaines manifestations scrofulo-tuberculeuses sont améliorées par le traitement mercuriel, c'est parce qu'elles ont germé sur un terrain syphilitique.

Pour ce qui est de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques ou syphilo-tuberculeux, il faut considérer : "a" si la syphilis survient chez un tuberculeux, "b" si la tuberculose survient chez un syphilitique.

Dans le premier cas, malgré l'état du terrain tuberculeux préexistant, malgré la qualité de l'infection syphilitique surajoutée, le fait pour un tuberculeux de contracter la syphilis n'équivaut pas à une condamnation à mort. La syphilisation intercurrente est un surcroît de maladie, un cas dangereux qu'il faut doubler et qui représente toute la période d'activité du virus.

Dans le second cas, si la tuberculose "précoce" survient au début de la syphilisation il est fréquent de voir les sujets déprimés, infectés, intoxiqués, succomber en quelques semaines à la phtisie galopante. Si, par contre, elle survient au déclin de la période secondaire, elle n'en est pas moins sérieuse ni fatalement mortelle, mais le malade sous l'influence du traitement peut guérir.

Dans la tuberculisation "tardive," lorsque la tuberculose se greffe sur une pneumopathie syphilitique, on peut constater souvent l'hybridité de syphilis et de tuberculoses pulmonaires. L'exemple qu'en donne M. Sergent est bien typique et le conduit à penser que c'est pour cette raison que le traitement mercuriel améliore presque toujours et guérit parfois la tuberculose des syphilitiques.

Quant à la tuberculose qui se développe par prédisposition inhérente au terrain syphilitique, elle est fréquente : sa présence devra donc faire soupçonner l'existence de la syphilis dans le passé du sujet. De plus la syphilis étant une cause fréquente de tuberculose fibreuse

il faudra, lors de ses manifestations rechercher méthodiquement les stigmates et les indices révélateurs de la vérole.

L'auteur passe ensuite en revue la tuberculisation chez les hérédosyphilitiques, soit qu'elle se manifeste par la présence "pure et simple" de bacilles de Koch et non par une cavité gommeuse syphilitique, soit qu'elle apparaisse chez des sujets issus de souche syphilitique et ne présentant plus depuis longtemps de manifestations syphilitiques.

Quant au pronostic général, il dépend de trois conditions primordiales :

- a) Des circonstances étiologiques et pathologiques qui entourent les origines de l'association morbide ;
- b) Du degré de virulence de chacune des infections ;
- c) De la thérapeutique mise en oeuvre, c'est-à-dire du traitement spécifique qui, outre qu'il guérit les manifestations actuelles de la syphilis, améliore encore l'état général et les localisations de la tuberculose. Ce sera au "traitement mercuriel," non associé à l'iodure de potassium, sous la forme d'ingestion, de frictions sur le thorax et surtout d'injections qu'il faudra s'adresser. On lui associera selon les circonstances l'arsenic, la créosote, la terpine, le thiocol, le sirop iodotannique et le traitement de récalcification de Ferrier.

Se bien rappeler surtout, dit M. Sergent, que la syphilis qui aggrave la tuberculose, c'est la syphilis non soignée ou mal soignée, et que lorsqu'elle est bien traitée, elle en favorise la guérison.

SYPHILIS CÉRÉBRALE A FORME APOPLECTIQUE, GUÉRISON PAR UN TRAITEMENT MERCURIEL INTENSIF, par Nordman et Wies (La Loire médicale. 15 juillet 1908.)—

L'observation rapportée est intéressante en ce que la co-existence chez le malade d'une syphilis ulcéreuse du nez permit de faire un diagnostic très rapide et de substituer d'emblée un traitement énergique. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans qui fut apporté à l'hôpital dans le coma, avec raideur du tronc et de la nuque et monoplégie gauche flasque. Il présentait, sur la narine gauche, une ulcération irrégulière à odeur putride, de nature sûrement syphilitique.

On fit immédiatement une injection de 0,05 de calomel. Le coma commença à se dissiper le lendemain. On fit, quatre jours après, une nouvelle injection de calomel et le malade put prendre 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Dans la suite, l'état s'améliora, le malade put marcher, recouvra la mémoire. On continua les injections de calomel tous les quatre jours. L'annusie, dont il était atteint, se dissipa.

Dix jours après son entrée à l'hôpital, le malade était en bonne voie de guérison, la lésion du nez était complètement cicatrisée et l'intelligence était parfaitement revenue.

LA SALIVE DES SYPHILITIQUES

Frappé des nombreux cas de contamination par la salive des syphilitiques (verre à boire, embouchures d'instruments de musique, cannes des souffleurs de verre, papier gommé mouillé de salive et appliqué sur une plaie, pipes, etc.) M. L. Pollet a appliqué les méthodes de coloration à la recherche du *Treponema pallidum* chez un grand nombre de syphilitiques.

Or, avec ces colorations, chez des syphilitiques à chancre datant de quelques mois et non soignés, il a pu compter, dans certains champs, le nombre énorme de 200 à 300 spirilles ! Toutes ces formes spirillaires ne représentaient pas, il est vrai, le *Treponema pallidum*, mais enfin la quantité de spirilles qu'on peut rencontrer dans la salive chez certains syphilitiques, même quand ils ne présentent pas de plaques muqueuses, est frappante. et le malade pur prendre 3 grammes d'iodure de potassium.

Comme contre-partie, l'auteur a examiné de nombreuses salives de personnes saines, et les quelques formes spirillaires qu'il a exceptionnellement trouvées ne peuvent être confondues avec le *Treponema*.

TRAITEMENT DES NÉPHRITES CHEZ LES SYPHILITIQUES, par Louste (Rapport Congrès de Clermon-Ferrand, août 1908.)—

L'albuminurie simple de la syphilis secondaire répond probablement à une altération congestive légère du rein ou bien elle peut être simplement dyscrasique. Il faut administrer le traitement mercuriel sous forme de sels solubles par la voie stomacale ou sous-cutanée, liqueur de Van Swieten, ou lactate neutre d'hydrargyre au millième, par la voie stomacale, le sublimé, le benzoate ou le biiodure par la voie sous-cutanée. Conseiller en même temps le régime lacté ou lacto-végétarien, les bains sulfureux, l'eau d'Uriage pour faciliter l'élimination du mercure.

La néphrite syphilitique aiguë ou subaiguë de la période secondaire apparaît plus tardivement ; elle débute comme une néphrite "à frigore," avec douleurs lombaires, céphalée, oedèmes, etc. ; l'albumine est très abondante, ce qui est caractéristique de la nature syphilitique de la néphrite, elle peut atteindre 10 grammes communément ; on a publié des cas de 50 et même 115 grammes. Les formes graves se terminent rapidement par une crise d'urémie mortelle. Il faut faire le traitement ordinaire de la néphrite, et tenter le traitement mercuriel à petites doses, après s'être assuré de la perméabilité rénale par l'épreuve de l'iodure de potassium. On peut plus tard administrer l'iodure à doses progressives.

La néphrite syphilitique chronique diffuse s'installe d'emblée insidieusement ou succède à une forme aiguë. Après exploration de la perméabilité rénale avec l'iodure de sodium, il faut donner le mercure à doses fractionnées, tanate ou benzoate suivant la voie d'administration. On peut ajouter l'iodure de sodium à la dose ordi-

50, puis 1 et 2 grammes. Le traitement doit être continué pendant des mois, en combinant le régime lacté avec des périodes de régime lacto-végétarien et déchlorure.

Les néphrites de la période tertiaire (néphrite atrophique, dégénérescence amyloïde, graisseuse du rein) ne doivent pas être traitées par le mercure, sauf dans les cas

SYPHILIS ET LEUCOPLASIE BUCCALE

M. Landouzy insiste souvent, dans son enseignement, sur ce point, qu'il est indispensable, pour ne pas laisser échapper un diagnostic complet, de rechercher toujours la syphilis, l'alcoolisme et la tuberculose. Cette triple recherche permet bien souvent de retrouver la filiation des accidents et de reconnaître leur cause. Pour la syphilis en particulier, il y a un signe de la plus haute valeur, que M. Landouzy considère toujours comme étant en quelque sorte fonction de cette maladie, c'est la leucoplasie buccale. Un malade du service en est un nouvel exemple. Il s'agit d'un homme atteint de paralysie générale à forme commune, sur l'évolution de laquelle on a peu de renseignements, mais cet homme est atteint d'une leucoplasie très nette, surtout sur les commissures, et qui constitue un stigmatisme certain de syphilis. Elle est constituée par une plaque blanchâtre, indélébile, formant le psoriasis buccal des anciens auteurs. Ce malade présente en outre un peu de glossite tertiaire, la langue étant parquée. Chez lui d'ailleurs, s'ajoute une cause adjuvante, c'est l'usage du tabac ; son action est certaine, mais elle n'est pas indispensable ; ce qu'il faut avoir avant tout pour être atteint de leucoplasie, c'est la syphilis. Le tabac active le processus et fait paraître la lésion plus tôt, mais n'a pas d'action directe sur elle comme la syphilis.

C'est ce qui explique, au moins en partie, que la leucoplasie buccale soit infiniment moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle existe cependant chez elle. M. Landouzy a été appelé ainsi à voir une malade atteinte d'une arthrite du coude et suspecte de tuberculose, chez laquelle toutes les médications avaient échoué ; comme elle avait sur la muqueuse des joues une leucoplasie très marquée, il la mit à l'emblée au traitement spécifique en raison de ce seul symptôme et, sous cette influence, l'affection du coude guérit très rapidement. Cette femme, à la vérité n'avait jamais fumé et la syphilis seule était en cause.

Il est donc indispensable de rechercher un stigmatisme qui a beaucoup plus de valeur que tous les commémoratifs et tous les interrogatoires, lesquels le plus souvent ne donnent que des renseignements vagues. La connaissance approfondie des signes de ce genre et l'attention qu'il apporte à leur recherche permettent souvent au médecin de réussir là où beaucoup d'autres ont échoué. De là leur importance considérable.

GOMMES SYPHILITIKES PRÉCOCES

Il est classique de considérer les gommes syphilitiques comme une manifestation tardive de la syphilis. C'est trois ou quatre ans après le chancre qu'elles se collectent. Il n'en est toujours ainsi. Des gommes peuvent survenir dans la première ou la deuxième année de l'infection syphilitique. Il s'agit alors de "gommes syphilitiques précoces."

Ces dernières (Logéay René, Th. Paris, 1908), se développent sur un terrain profondément débilité. L'alcoolisme et la tuberculose, de même toutes les causes de dépression physique comme la vieillesse, agissent à titre de dépression prédisposantes. Elles peuvent, néanmoins, se retrouver chez des sujets robustes dont les antécédents pathologiques ne paraissent nullement chargés. Au près de tels malades, le pronostic de la gomme précoce ne présente aucune gravité, ce sont au contraire des manifestations bénignes.

On traitera ces gommes par les injections locales d'iode de potassium, dans les cas où une élimination rénale insuffisante ne permet pas une absorption par la voie digestive. Par ces injections locales, l'action thérapeutique se montre particulièrement rapide avec une dose minime d'agents médicamenteux. Si l'état des reins le permet, on recourt de préférence au traitement mercuriel, accompagné de faibles doses d'iode de potassium.

SYNDROME DE STOKES-ADAMS, CHEZ UN SYPHILITIQUE, TRAITÉ ET AMÉLIORÉ PAR LA MÉDICAMENTATION SPÉCIFIQUE.

A la Soc. Med. des Hôpitaux de Paris, — M. Renon rapportait dernièrement le cas d'un jeune homme de 27 ans, syphilitique depuis dix ans, qui fut pris d'un pouls lent paroxystique avec crises syncopales très graves auxquelles il faillit succomber. Au cours des accès, le pouls tombait de 70 à 40, 34 et 30. Je songai à la possibilité d'une gomme du faisceau de His et je soumis le malade à des injections d'énésol. Il en reçut 75 en 18 mois. Sous l'influence du traitement, le pouls remonta à la normale, les grandes crises disparurent et furent remplacés par de simples malaises, au cours desquels le pouls descendait à 68, 58 et 53 une fois.

Il est permis de supposer que ce malade a présenté une lésion syphilitique du faisceau de His et que, dans ce syndrome de Stokes-Adams, le ralentissement paroxystique du pouls a seul été constaté. Le traitement spécifique a peut-être empêché l'affection d'évoluer jusqu'à la phase de ralentissement permanent signalée par MM. Vaquez et Esmein.



Sociétés Médicales

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE TERREBONNE.

Saint-Jérôme, P. Q.

Présents : — MM. les docteurs, J.-E. Fournier, président, Ed. Grignon, M. Ouimet, P. Marbeau, J. N. Grondin, P. Dazé, F. St-Jacques, Poirier, H. M. J. Prévost, secrétaire-formant quorum.

Le secrétaire communique à la société que les avis de convocation ont été envoyés aux absents.

Le Dr Edmond Grignon secondé par le Dr Ouimet, fait motion que l'assemblée s'ajourne à deux heures de l'après-midi.—Adopté.

L'ajournement étant expiré, la séance est reprise avec les mêmes médecins présents et en plus les docteurs Lamarche, Pagé et Rochon.

Lecture des minutes de la dernière séance est donnée et reconnue fidèle.—

Il est proposé par le Dr Edmond Grignon secondé par le Dr Grondin que le Dr Byers de Ste-Agathe des Monts soit admis membre de la société.—Adopté.

Le Dr Rochon expose à la société que certaines compagnies d'assurances refusent de payer \$5.00 pour frais d'examen médical. Que dans maintes circonstances il a été en butte à des difficultés avec quelques compagnies au sujet du dit honoraire de \$5.00. Qu'il serait important de faire un "Test Case" à ce sujet. A la suite de cette suggestion plusieurs médecins exposent leur manière de voir.

Après discussion, il est proposé par le Dr Ouimet secondé par le Dr Dazé, que la société consulte l'avocat Rinfret relativement à la légalité du tarif de \$5.00 chargé aux compagnies d'assurance pour examen médical. Et, au cas que le dit avocat déciderait en faveur de la dite Société, il soit loisible à la société médicale du district de Terrebonne de décider de poursuivre ou non, à la réunion prochaine du mois de juin.

Le Dr Lamarche secondé par le Dr Henri Prévost, propose en amendement, qu'au lieu de consulter un avocat, le secrétaire-trésorier notifie de nouveau toutes les compagnies d'assurances à stock d'avoir à accepter \$5.00 pour chaque examen médical. Que de plus avis soit donné aux médecins de ne pas faire d'examen pour les compagnies qui n'auraient pas répondu à notre appel, ou qui ayant répondu n'auraient pas accepté notre tarif.

Le Dr Pagé propose en sous-amendement, qu'à l'amendement du Dr Lamarche soit ajouté ce qui suit : Que la société médicale du District de Terrebonne contribue pour une somme de pas plus de \$10.00, pour aider le Dr Rochon dans sa réclamation contre la "Mutual Life of Canada."—Le sous-amendement n'ayant pas de secondé, le vote est pris sur l'amendement avec une division de cinq pour, et six contre. La motion principale étant

mise aux voix, elle a remporté sur division six pour, et cinq contre.

Le Dr Edmond Grignon propose, secondé par le Dr Rochon, que le tarif de \$5.00 chargé aux compagnies d'assurance, soit amendé comme suit : — Qu'un tarif minimum de \$4.00 soit dorénavant chargé pour une application de \$1,000.00, et qu'il soit chargé en plus \$1.00 par \$1,000.00 additionnel, jusqu'à concurrence de \$10,000.00 d'assurance.

Il est proposé par le Dr Lamarche, en amendement, secondé par le Dr Dazé, que le tarif actuellement en force au tarif de \$5.00 reste le même et qu'aucun changement ne soit fait. L'amendement étant mis aux voix, ont voté, pour huit, et contre, trois.—La motion principale est alors soumise au vote : deux pour, et huit contre. Le Dr Grondin s'abstient de voter. L'amendement passe dans l'affirmative.

Le Dr Pagé propose, secondé par le Dr Edmond Grignon que la somme de huit piastres soit votée au Dr Rochon pour lui aider dans sa réclamation contre la compagnie d'assurance "Mutual Life of Canada," et ce devant une cour de justice.—Adopté.

Le Dr Edmond Grignon propose, secondé par le Dr Dazé que le tarif des visites soit amendé de la manière suivante : Qu'à l'avenir il soit chargé le même tarif pour les visites dans les paroisses ou dans les villes excepté pour des cas sérieux. Et pour ce qui concerne les accouchements, il sera chargé 25 ou 50 cents de l'heure en plus des six heures de détention, au lieu de 50 cents de l'heure comme minimum.—Adopté.

Il est décidé à l'unanimité sur motion du Dr Edmond Grignon, secondé par le Dr, Henri Prévost, que la réunion de juin ait lieu au village de Ste-Agathe des Monts.

Le Dr Ouimet donne avis de motion, touchant l'assemblée de décembre, pour qu'elle ait lieu alternativement à St-Jérôme et à Ste-Scholastique.

Le secrétaire-trésorier donne lecture du rapport financier de la dite société pour l'année 1908.

Il appert par le dit rapport que les recettes en caisse le 23 décembre 1907 étaient de \$4.77, et que depuis 24 annuités à \$2.00 ont été payées : ce qui donne un total de \$48.00; et en plus une amende de \$50.00, par Mireault, pour pratique illégale de médecine dans le district de Terrebonne : ce qui donne un total de \$102.77.

Les dépenses pour timbre, papiers, enveloppes et téléphones, se chiffrent à la somme de \$5.50.—En déduisant les dépenses des recettes, il restera en caisse \$97.27.

Le Dr Ouimet fait motion, secondé par le Dr St-Jacques, que le rapport financier du secrétaire-trésorier soit approuvé et accepté.—Unanimes.

En conformité avec la constitution, il est procédé à l'élection des officiers pour l'année 1909.

PRESIDENT.—Le Dr Dazé propose, secondé par le Dr Pagé que le Dr Emmanuel Fournier soit réélu président.—Adopté.

1er VICE-PRESIDENT.—Il est fait motion par le Dr Edmond Grignon, secondé par le Dr Lamarche, que le Dr Pagé de St-Hermas soit élu 1er Vice-Président.—Adopté.

2nd VICE-PRESIDENT.—Le Dr St-Jacques de Ste-Anne des Plaines est élu 2nd Vice-Président, sur proposition du Dr Ouimet secondé par le Dr Marleau.—Adopté.

SECRETARIE TRÉSORIER.—Il est proposé par le Dr Lamarche secondé par le Dr. Marleau, que le Dr H. Prévost, soit réélu secrétaire-trésorier.—Adopté.

MEMBRE ADJOINT.—Le Dr Dazé de Ste-Agathe est nommé membre adjoint du bureau de direction, sur pro-

position au Dr Edmond Grignon secondé par le Dr Pagé.

Le Dr Pagé propose secondé par le Dr St-Jacques, que les messieurs suivants forment le comité de déontologie : —Drs Lamarche, Rochon, Ouimet, Marleau.—Adopté.

La séance est levée, et ajournée en juin prochain.

Henri W. J. PREVOST.
Sec.-Fin.

NOTES THERAPEUTIQUES

LE TRAITEMENT DES HEMATESES,

"En interdisant tout apport alimentaire par voie buccale," on empêche toute excitation de la muqueuse stomacale et on permet à la paroi musculaire de se rétracter à son maximum, ce qui facilite la cicatrisation de l'ulcère. Cette méthode, très usitée en Angleterre, peut être appliquée pendant six semaines et plus.

"L'alimentation par le rectum" se fera au moyen de lavements contenant des jaunes d'œufs, de la guimauve pulvérisée, du lait ou du bouillon, des peptones liquides.

La soif est combattue par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Le danger principal de cette méthode consiste dans le fait que si le malade succombe par syncope ou hémorragie interne, l'entourage incriminera le médecin.

Le "lait glacé," les bouillons "gélatinés" à peine tièdes, seront utiles au début : l'alimentation graduelle restera longtemps limitée aux aliments bien passés, donnés en petite quantité à la fois.

L'application de glace sur l'épigastre n'est utile que si elle est permanente : chez des malades très affaiblis, la glace augmente d'ailleurs la tendance au collapsus : on a recours alors aux applications à distance (bourses périnée, glace dans le rectum). Les lavements très chauds produisent une action vaso-constrictive identique.

Les ligatures très serrées à la racine des membres rendront des services dans les hémorragies graves, surtout d'origine artérielle.

Comme médicaments, on réservera l'injection d'ergotinine (un quart de mgr.) aux adultes vigoureux, surpris en pleine santé apparente.

L'adrénaline sera donnée par la bouche (XII gouttes de la solution au millième pour 60 gr. d'eau, une cuillerée à café toutes les cinq minutes d'abord.) En outre, les injections de morphine amèneront le repos, et si on n'injecte qu'un demi-centigr. à la fois, ne provoqueront pas le collapsus. S'il survient un état nauséux, faire de suite une nouvelle injection.

L'ergotine à l'intérieur, le perchlorure de fer, l'antipyrine même sont irritants et l'auteur en déconseille l'em-

ploi. Mieux vaut l'administration de poudres inertes : parmi elle, la craie a l'avantage de donner naissance, chez les hyperchlorhydriques, à du chlorure de calcium hémostatique. Ce dernier médicament sera prescrit ainsi.

Chlorure de calcium cristallisé	4 gr
Sirop d'opium	25 gr
Eau distillée	100gr

Par cuillerées à soupe tous les vingt-quatre heures.

Le chlorate de soude est surtout utile dans les hématomésés passives et répétées, avec sang semi-digéré, des cancéreux :

Chlorate de soude	6 gr
Eau distillée	à 100 gr
Sirop de fleurs d'oranger	

Par cuillerées à café.

Parmi les indications étiologiques, c'est le système nerveux qui joue le rôle le plus important : la dépression ou la surexcitation, le surmenage, l'hystérie doivent souvent être invoqués et traités pour éviter les récidives.

Par Plicque (Le Bul. Med. déc. 1908).

* * *

LA BALNEATION DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE

La contre-indication absolue au bain est la perforation intestinale ou la réaction péritonéale : il en est de même des troubles dus à une myocardite. Dans ce dernier cas, la prohibition n'est toutefois pas absolue.

Le premier bain sera donné à 32 degrés pour ne pas effrayer le malade, mais dès le deuxième ou troisième bain, on ramènera la température à 28 degrés. Si la température après le bain s'élève au lieu de s'abaisser, on descendra à 24 degrés ; au delà, le bain est extrêmement pénible. Si la fièvre reste à 40-40 degrés malgré le bain à 24 degrés, on donnera ce dernier de trente, au lieu de vingt minutes, avec large vessie de glacé sur le ventre, et on en administrera un toutes les deux, au lieu de toutes les trois heures. Enfin, on peut entre les bains appliquer sur l'abdomen et la racine des cuisses une sér-

viette trempée dans l'eau glacée : on renouvelle la serviette toutes les dix minutes. L'emploi de ces compresses ne sera pas prolongé au-delà de vingt-quatre heures.

Dans la fièvre typhoïde normale, on prend la température toutes les trois heures et on donne un bain si elle dépasse 39 degrés. En ville, on se contentera, la nuit d'un bain toutes les quatre heures.

Le malade nu, avec le siège un peu vascliné, est placé dans le bain : une grosse éponge trempée d'eau à 20 22 degrés est exprimée lentement sur la tête du malade. Si ce dernier plongé dans la torpeur, se réveille un peu au moment où il est dans le bain, on en profite pour le faire boire.

Dans les cas où la température est de 35 degrés 5, mais où le malade est très agité, loquace, délirant, il faudra le réchauffer en donnant des bains de 34 à 38 degrés.

Enfin dans les cas où le collapsus s'accroît, on peut recourir au demi-bain tiède avec affusion froide.

On met dans la baignoire juste assez d'eau pour que le malade y étant assis ait de l'eau jusqu'à l'ombilic à peu près.

Cette eau est à 34 degrés. On prépare un à deux brocs d'eau froide à 16 degrés environ. On asseoit le malade dans cette eau, et on l'asperge sur la tête, le thorax, le dos avec l'eau des brocs le plus rapidement possible. On le retire aussitôt après de la baignoire, on le roule dans un drap en "l'essuyant et le frictionnant" ; puis on le chauffe à l'aide de boules chaudes.

L'effet se produit immédiatement, la réaction est vive le malade se réveille, ses yeux sont plus vifs, il sort de sa torpeur, peut même répondre aux questions ; sa figure se colore, le pouls devient meilleur, la température se relève. Si la situation est critique, on pourra recommencer une demi-heure, une heure après ou seulement toutes les deux ou trois heures.

Il n'est pas rare grâce à cette technique, de voir en moins de cinq à six heures un malade qui brutalement était tombé en collapsus, avec une température à 36-37 degrés, atteindre à nouveau 38-39 degrés, sans l'aide de caféine, de sparteïne, que l'on pourra cependant associer à cette méthode.

Si ce demi-bain tiède avec affusion froide donne d'aussi beaux résultats, il présente quelques inconvénients, surtout s'il est prolongé trop longtemps : en particulier il favorise les congestions pulmonaires.

Par Milhit (Le Progrès médical 21 novembre 1908.)

LE LAIT DANS LES CURES D'AMAIGRISSEMENT,

Il est souvent très difficile d'obtenir une diminution de poids dans certains cas réfractaires d'obésité, même en diminuant beaucoup l'alimentation tout en ménageant l'équilibre azoté. La diurèse, malgré un apport suffisant de liquide, reste faible, et même les toniques cardiaques les diurétiques échouent. En pareil cas, l'auteur

prescrit un ou deux jours de régime lacté par semaine pendant toute la durée de la cure d'amaigrissement. Les malades observent un repos complet, même au lit et reçoivent ce jour-à 1 litre de lait et tout au plus un peu de fruit. Le lait agit dans ces cas en faisant maigrir, soit comme aliment insuffisant, soit comme diurétique. Le cœur en même temps se trouve soulagé par la suppression de tout mouvement. La quantité d'urine le lendemain atteint souvent deux ou trois fois celle du lait consommé.

Par L. Roemheld (Munch. med. Woch., 14 juillet 1908.)

LE PYRAMIDON CONTRE LES DOULEURS FULGURANTES DU TABES.

M. Richter, de Berlin, recommande dans le "Medizinische Klinik" d'essayer le pyramidon contre les douleurs fulgurantes avant d'employer les moyens héroïques comme les injections sous-cutanées de morphine. Il en a obtenu de très bons résultats même dans les cas où les nouveaux anesthésiques avaient échoué. Il faut donner 0.50 centigrammes de pyramidon en une seule fois et faire boire ensuite une ou deux tasses de lait chaud ou d'une infusion chaude quelconque. Les douleurs sont très diminuées en vingt minutes et souvent disparaissent en une demi-heure. (Bull. gén. de thérapéut.)

A. PROPOS DU TRAITEMENT DU CORYZA PAR LE MENTHOL.

On a préconisé la pommade mentholée dans diverses affections nasales. Mais l'emploi de corps gras dans les fosses nasales est souvent désagréable. Voici le moyen indiqué par l'auteur pour se débarrasser du coryza en quelques heures.

Prenez une solution saturée de menthol dans le chloroforme :

Menthol)	à à 10
Chloroforme)	
F. s. a. p. inhalations.		

Cette solution se fait presque instantanément.

Verser quelques gouttes de cette solution dans le coin d'un mouchoir propre et faire inhaler le médicament.

La sensation d'obstruction nasale disparaît immédiatement.

Dehors, il est bon de tenir le mouchoir devant la bouche et les orifices du nez. A la maison, il suffit d'aspirer de temps à autre une bouffée de médicament.

Joindre à cela quelques tasses de boisson chaude et stimulante, aromatisée de bonne eau-de-vie.

Par le Dr Ch. Vidal de Castres (L'Echo médical des Cévennes, nov. 1908)



Bibliographie

LES DILATATIONS DE L'ESTOMAC.— Dr R. Gaultier, "Actualités médicales." Baillière, 1908

Parmi les problèmes de pathologie gastrique toujours discutés et jamais résolus, celui des "Dilatations de l'estomac" occupe une des premières places. Les nouvelles recherches de radioscopie clinique, la fréquence des interventions chirurgicales et le jugement qu'on peut maintenant porter sur leurs suites éloignées, ont permis sur ce domaine une série d'acquisitions récentes qui font l'intérêt et l'utilité du livre très clair et très au courant du Dr R. Gaultier.

Avec justes raisons l'auteur poursuit d'un bout à l'autre de son ouvrage la division des dilatations avec obstacle pylorique et sans obstacle pylorique, et montre que réunies par un ensemble de signes physiques et fonctionnels, elles sont surtout séparées par leur pathogénie, leur histoire clinique et leur traitement. ...

Ce petit livre a le double avantage d'être très clinique et très thérapeutique. Le traitement en occupe la moitié : le régime, les prescriptions médicamenteuses, y reçoivent un développement justifié, puisque les soins médicaux doivent toujours précéder l'acte chirurgical. La question de l'intervention y est discutée à fond, et si le laboratoire intervient ici, c'est pour étayer sur une série d'analyses, faites d'après la méthode coprologique de l'auteur, une conclusion pratique des plus importantes dans le gastro-entérostomie ; il faut placer la bouche intestinale le plus près possible du pylore pour faciliter la digestion des aliments par les voies biliaire et pancréatique.

FORMULAIRE DES MÉDICATIONS NOUVELLES POUR 1909, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris ; préface de M. Huchard, de l'Académie de médecine, 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications." Telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de "Consultations Médicales."

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessamment, de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifiévriales, antiinfectieuses, antinévralgiques et antirhumatismales, antisiphilitiques et antituberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, ioniques, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la

sérothérapie, les sérums antidiphthérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà ! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d'un membre de ma chère famille médicale, puisque l'auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d'hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase : "De la pratique. encore de la pratique, toujours de la pratique."

C'est là le seul secret du succès de toutes les oeuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté ; c'est le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du "Formulaire des médicaments nouveaux" de Bocquillon, arrivé à sa 21^e édition ! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j'ai l'honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

H. HUCHARD.
de l'Académie de Médecine.

MÉDECINE OPÉRATOIRE DES VOIES URINAIRES ANATOMIE NORMALE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—Par le Professeur Albarran, avec 561 figures dans le texte en noir et en couleurs (Masson et Cie, Editeurs 1909.)

Le Professeur Albarran, le brillant successeur de mon vénéré maître Guyon, expose dans un volume de 991 pages, les procédés opératoires qu'il emploie dans les maladies des voies urinaires qui demandent une intervention chirurgicale. Le volume étant écrit surtout pour les élèves de Necker, et ils sont légions maintenant répandus un peu partout dans le monde, et pour les chirurgiens, le professeur Albarran n'expose que les procédés opératoires dont il a reconnu, par l'expérience la supériorité.

Pour mieux faire comprendre la raison de la technique et préciser les manœuvres, il ajoute à la description l'étude approfondie des deux bases sur lesquelles repose toute la médecine opératoire : l'anatomie normale et l'anatomie pathologique.

Comme ce livre est destiné à aider ceux qui opèrent sur le vivant, l'auteur ne donne pas de descriptions schématiques des opérations cadavériques.

"Je sais, écrit le professeur Albarran, par expérience personnelle longuement répétée, l'importance capitale des soins post-opératoires et je n'ignore pas qu'il y a pour le chirurgien inexpérimenté une source de graves difficultés, c'est pourquoi je n'hésite pas à donner un grand parfois minutieux développement à la description des soins à donner aux opérés."

Ce livre se recommande surtout aux chirurgiens qui veulent connaître les dernières méthodes opératoires employées à Necker.

François de MARTIGNY.