

MONTREAL-MEDICAL

VOL. II

15 AVRIL 1902

No 2

UNE LEÇON SUR LE ROCHER DE L'OS TEMPORAL

Etude d'anatomie appliquée.

(Suite de la page 9)

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

Professeur d'anatomie à l'Université Laval de Montréal.

La face inférieure du rocher toute extra-cranienne, nous présente bien des points à étudier. Quelques auteurs la divisent en zones, mais en la comparant à un triangle à base externe, nous pourrions, je crois, y passer sans perdre notre chemin.

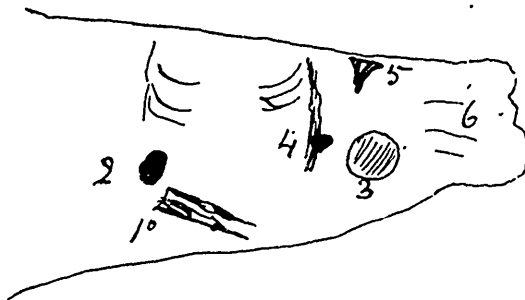
Il y a d'abord, à l'angle postero-externe de cette face l'apophyse styloïde au pied de laquelle se trouve le trou stylo-mastôidien, l'orifice externe de l'aqueduc de Fallope d'où s'échappe le nerf facial après son long trajet dans l'intérieur du rocher. La sortie de ce nerf intéresse bien souvent le praticien, car c'est juste à ce point que se voit la lésion qui donne lieu à la paralysie faciale. C'est quelquefois une névrite ou encore une périnévrite, causée généralement par un refroidissement et qui disparaît très facilement.

Nous avons déjà parlé du nerf grand pétreux en décrivant la face antérieure du rocher. Or, ce nerf porte au ganglion de Meckel des fibres motrices qui vont animer le palato-staphyllin et le péri-staphyllin externe, et comme il vient du facial l'état de ces muscles constitue un moyen précieux de diagnostic entre une paralysie faciale d'origine endocranienne, ou celle qui provient simplement d'une lésion affectant le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastôidien. Il est facile de reconnaître la différence en examinant la gorge du malade. Dans le premier cas la luette est dirigée du côté sain, le voile du palais traîne sur la base de la langue, et il n'y a pas moyen de provoquer le

mouvement réflexe qui se produit dans ces deux muscles lorsque l'on touche au voile du palais avec l'abaisse-langue. Dans l'autre cas tout est à l'état normal, et l'on peut rassurer son patient. Celui qui a vu l'état de frayeur où se trouvent assez souvent ceux qui sont atteints de la paralysie de Bell saura apprécier un moyen qui permet au praticien de calmer les appréhensions du malade et de sa famille.

A côté du trou stylo-mastoïdien mais plus près du bord postérieur de cette face se trouve la fosse jugulaire qui se complète en s'articulant avec une facette semblable de l'occipital. Sur la paroi extérieure de cette fosse se trouve l'orifice d'un petit canal où s'engage le rameau auriculaire du pneumogastrique qui finit par se distribuer à la peau qui revêt le conduit auditif externe ainsi que la membrane du tympan. Je me suis souvent demandé pourquoi ce nerf pneumogastrique qui se distribue à tant d'organes importants va empiéter sur le territoire du trijumeau pour animer le conduit auditif. Les physiologistes pourront peut-être nous le dire.

Face inférieure du rocher—(Schématique.)



- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Apophyse Styloïde. | 4. Trou de Jacobson. |
| 2. Trou Stylo-mastoïdien. | 5. Fosse pétreuse. |
| 3. Canal carotidien. | 6. Surface pour muscle petro-staphyllin. |

Du côté interne de l'apophyse styloïde se trouve l'ouverture du canal carotidien. En traversant ce canal pour arriver en dedans à la pointe du rocher, l'artère carotide interne décrit une courbe qui forme presque un angle droit, cette déviation de l'artère a pour effet d'atténuer la force du courant sanguin. Comme le vaisseau n'est pas éloigné de la caisse du tympan, il se produit très souvent des bourdonnements d'oreille surtout chez les anémiques qui semblent dépendre de l'état du sang.

Chez les enfants l'artère se développe plus vite que le canal osseux, et il n'est pas rare d'entendre chez eux un bruit de souffle qui provient de cette cause. Je me rappelle d'un cas semblable qui a été rapporté à l'Association Médicale du Canada, il y a quelques années et où le rapporteur voulait, bon gré mal gré, y voir un cas de syphilis, et l'enfant dut subir un traitement spécifique. Dans ce cas l'oreille appliquée à l'apophyse mastoïde percevait un bruit de souffle très prononcé. J'ai rencontré moi-même un cas semblable chez un adulte où le bruit de souffle s'entendait lorsque l'oreille était à peine un pied de la tête du patient. Dans ce cas j'ai cru voir une inflammation de la membrane qui tapisse le canal. Quelques doses de salicylate de soude et d'iode de potasse,—car c'était un sujet rhumatisant,—firent cesser ce symptôme au bout d'une journée ou deux. Je ne crois pas que ces cas se rencontrent souvent.

Sur la crête osseuse qui sépare le canal carotidien de la fosse jugulaire, se trouve l'orifice d'un petit canal qui livre passage au nerf de Jacobson, rameau du glosso-pharyngien qui se rend à la caisse du tympan.

Sur le même plan que le trou carotidien, mais au bord postérieur de l'os est une fosse triangulaire qui loge le ganglion pétreux, et du fond de cette fosse part l'aqueduc du limaçon, qui contient un prolongement du labyrinthe membraneux qui régularise la pression de l'endolymphe. Nous avons donc dans le rocher deux "soupapes de sûreté". L'aqueduc du vestibule pour le périlymphe et l'aqueduc du limaçon pour l'endolymphe.

Il y a enfin tout à fait à la pointe de cette face inférieure du rocher une surface rugueuse sur laquelle vient s'insérer le muscle péri-staphyllin interne.

La base du rocher se trouve en dehors de la boîte crânienne, et peut se voir entre la portion écailleuse et l'apophyse mastoïde. Elle nous présente, comme point d'intérêt pratique, l'ouverture du canal auditif externe. Il serait peut-être intéressant d'étudier le segment d'anneau osseux qui entoure cet orifice, au point de vue embryologique, mais cela nous entraînerait trop loin. Disons seulement que chez le fœtus cette portion du conduit auditif est constituée par un morceau distinct qui finit par se souder au rocher. Le conduit auditif ne suit pas une direction parfaitement horizontale, mais il est

dirigé un peu en haut et en avant. C'est ce qui oblige le praticien à "manœuvrer un peu" lorsqu'il veut voir avec le spéculum la membrane du tympan.

Les parois pendant la vie sont tapissées par la peau qui contient un grand nombre de glandes sébacées et sudoripares, ces dernières sécrètent le cérumen ; l'accumulation de ce dernier produit peut, en comprimant la membrane du tympan, donner lieu à des bourdonnements d'oreille et parfois à des vertiges.

La membrane tympanique se voit assez facilement au fond du canal auditif. Il est facile de la reconnaître par un reflet lumineux qui porte le nom de triangle lumineux de Wilde. Le praticien n'a pas coutume de pousser bien loin ses études de la membrane tympanique, et pour bien des médecins il suffit de pouvoir la reconnaître afin d'être certain que l'on a pu explorer le canal auditif jusqu'au fond.

La caisse du tympan est un territoire généralement abandonné au spécialistes, mais néanmoins il serait à propos d'en parler un peu.

J'ai coutume de la décrire comme une chambre avec quatre murs ou parois, un plafond ou voûte et un plancher.

La paroi externe est formée presque entièrement par la membrane tympanique. Disons seulement que chez le jeune enfant le conduit auditif est si peu long que la membrane se trouve très près de l'ouverture de l'oreille, et par conséquent, peut être déchirée par exemple par une personne qui lave l'oreille sans trop de précautions.

La paroi interne présente une saillie osseuse appelée le promontoire ayant au-dessus la fenêtre ovale, au-dessous la fenêtre ronde.

La paroi postérieure nous présente tout à fait en haut l'ouverture qui communique avec les cellules mastoïdiennes. C'est par cette voie que le pus des otites purulentes arrive aux cellules et nécessite l'opération de l'apophyse.

Sur la paroi antérieure, juste vis-à-vis de l'ouverture des cellules mastoïdiennes se trouve l'orifice de la trompe d'Eustache, et le trou qui laisse la corde du tympan.

La voûte de la caisse répond au bord supérieur et à la face antérieure du rocher. Nous avons déjà parlé de la faible épaisseur de cette lame osseuse et des dangers qui en résultent.

Le plancher de la caisse est inégal et rugueux, et correspond au dehors à la fosse jugulaire.

Nous n'entreprendrons pas la description de l'oreille interne, car elle nous entraînerait trop loin. Il suffit d'ajouter en terminant, que notre but a été de rendre l'étude du rocher aussi facile que possible et de démontrer aux médecins praticiens l'utilité d'une connaissance intime de cette partie du temporal.

LE ZONA, SA PATHOGENIE, SON TRAITEMENT

CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR DEBOVE.

Nous étudierons aujourd'hui une affection qui a été l'objet de théories bien diverses et qu'on a pu ranger successivement parmi les maladies cutanées, nerveuses, infectieuses ; je veux parler du zona.

Le malade qui sert d'occasion et de sujet d'observation à cette conférence est âgé de quarante-cinq ans, il est boulangier de son état, ses antécédents familiaux ou personnels ne présentent qu'un seul fait qui mérite de nous arrêter. Il y a quinze ans il a été enfermé, durant trois mois, dans une maison de santé pour des troubles mentaux, qui relevaient très probablement de l'alcoolisme auquel il se livrait et dont il présente quelques stigmates.

Le 14 janvier dernier il ressentit à la partie inférieure du thorax des douleurs qui l'empêchèrent de serrer la ceinture de son pantalon. Deux jours plus tard, des plaques roses apparurent au niveau des régions douloureuses. Puis le lendemain des vésicules claires, transparentes se formèrent sur les plaques roses.

Ainsi la maladie a débuté par une douleur, et l'éruption est survenue deux jours plus tard. Ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent ; l'éruption peut être le premier phénomène, ou bien il y a des prodromes rappelant ceux des maladies infectieuses, malaise vague, anorexie, frissonnement, fièvre plus ou moins vive, nausées, vomissements, etc., etc.

Notre malade n'a rien eu de semblable, et pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital il a été apyrétique.

Du 14 au 22 janvier, de nouvelles vésicules se formèrent, les douleurs devinrent de plus en plus vives et déterminèrent l'entrée à l'hôpital.

L'éruption et les douleurs n'atteignirent donc pas d'emblée leur acmé, mais il y eut plusieurs poussées successives.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'éruption était disposée sur la moitié gauche du thorax, elle formait une zone large de quatre travers de doigts environ, commençant en arrière à la hauteur des 3e et 4e vertèbres lombaires, se dirigeant d'abord horizontalement en avant, croisant les deux derniers espaces intercostaux, puis s'abaissant un peu pour atteindre en avant la ligne médiane, sans la dépasser, entre l'ombilic et le pubis.

Comme d'habitude l'éruption était unilatérale et s'arrêtait assez exactement à la ligne médiane. Si en avant cet arrêt était très nettement accusé, en arrière deux bouquets de vésicules débordaient la ligne des apophyses épineuses.

L'éruption, et c'est là un point capital sur lequel j'aurai à revenir, ne correspondait pas exactement au trajet d'un nerf ; elle empiétait sur le domaine des nerfs lombaires et des nerfs intercostaux, elle ne suivait que partiellement le trajet des nerfs grand et petit abdomino-génital.

Elle est constituée par des séries de plaques rosées légèrement surélevées, séparées par de petits intervalles de peau saine.

Sur ces plaques arrondies ou ovalaires, de la dimension d'une pièce de deux francs en moyenne, existaient des vésicules isolées, arrondies, grosses comme un grain de mil, ou bien confluentes, et confondues par leurs bords — d'où leur forme polycyclique — et recouvrant parfois toute la plaque rose.

Les vésicules étaient tendues ou ridées, remplies de liquide clair ou légèrement trouble, hémorrhagique en certains points.

Toute la région occupée par l'éruption était le siège de douleurs vives, dont le malade était incapable de bien définir le caractère. Ces douleurs, de même que l'éruption, ne paraissaient pas suivre le trajet de troncs nerveux déterminés : il n'y avait pas de points plus douloureux au niveau des branches perforantes latérales des deux derniers nerfs intercostaux.

Les douleurs étaient augmentées considérablement par la pression, les mouvements, de sorte que le sujet ne pouvait se coucher sur le côté gauche et qu'il avait de la peine à se déplacer dans son lit.

L'exploration faisait constater une exagération de la sensibilité à la douleur au niveau des placards éruptifs et entre ces placards.

L'apyrexie était complète et on ne pouvait constater de trouble dans aucun viscère.

Voici maintenant la marche suivie par la maladie. Les douleurs cessèrent deux jours après l'entrée à l'hôpital, mais il y eut jusqu'à la fin du mois une sorte de poussées éruptives, de telle sorte qu'on rencontrait des vésicules desséchées à côté de vésicules récentes.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade pouvait être considéré comme absolument guéri. La seule trace qui subsistait de la maladie était des cicatrices blanchâtres entourées d'une peau plus pigmentée que normalement. Cela n'a pas grand inconvénient lorsque l'éruption siège sur le flanc, mais peut en avoir beaucoup, lorsque le zona siège à la face. Je connais plusieurs malades qui portent les cicatrices consécutives à cette affection. Quand il s'agit d'hommes, la chose est de peu d'importance ; elle en aurait davantage s'il s'agissait de jeunes femmes.

C'est surtout quand l'éruption du zona a été intense, qu'il a présenté le caractère gangréneux, que les cicatrices sont indélébiles.

Les névralgies qui persistent parfois fort longtemps à la suite du zona représentent une complication beaucoup plus sérieuse. Ainsi j'ai observé un malade qui avait une névralgie thoracique atroce, consécutive à un zona, durant plusieurs années et que rien n'avait pu guérir ; il réclamait avec instance un soulagement, dût-on avoir recours pour l'obtenir à une intervention chirurgicale grave. J'ai vu également une vieille dame qui souffrait d'une névralgie ancienne très rebelle survenue dans les mêmes conditions. Vous avez pu voir enfin dans le service une malade atteinte de splénomégalie qui portait sur la région thoraco-abdominale du côté gauche, les cicatrices pigmentées, reliquats d'une éruption de zona dont elle avait souffert quelques mois auparavant. Cette région était encore douloureuse spontanément et au palper, et la malade évitait encore de se coucher sur le côté gauche pour ne pas réveiller ses douleurs. Ces observations nous montrent qu'il ne faut pas trop se hâter de porter dans le zona un pronostic bénin, à cause de l'intensité et de la persistance des douleurs.

Cette intensité est d'ailleurs très variable ; un médecin de mes amis, qui eut un zona formé de quelques plaques éruptives

situées à la partie supérieure et externe de la poitrine et sur la face interne du bras, éprouva à peine quelques douleurs qu'il attribuait d'abord à un rhumatisme musculaire vague.

D'autres complications peuvent aussi s'observer au cours du zona ; ainsi je citerai une observation de phénomènes paralytiques que j'ai recueillie dans mon service il y a deux ans.

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui entra à l'hôpital pour un zona atteignant les branches du plexus cervical superficiel, du côté gauche. La distribution des vésicules correspondait aux branches nerveuses cervicale superficielle, auriculaire, occipitale externe ; de plus, il existait quelques vésicules aberrantes dans la région sus-claviculaire.

La malade était depuis six jours dans le service et l'éruption zostérienne commençait à disparaître lorsqu'on reconnut une paralysie faciale gauche, c'est-à-dire correspondant au côté du zona. Cette paralysie faciale avait tous les caractères de la paralysie périphérique ; le facial supérieur était intéressé. Il n'y eut aucun trouble de la sensibilité dans le domaine du trijumeau, les muscles réagissant parfaitement au courant électrique. Au bout de quinze jours, la malade quittait le service guérie de son éruption et de sa paralysie faciale, mais les douleurs correspondant aux régions envahies par l'éruption étaient encore très violentes.

La paralysie a été relevée un certain nombre de fois dans le cas du zona. On a observé les paralysies oculaires à la suite du zona ophthalmique ; Brissaud a noté trois cas de zona ophthalmique dans lesquels est survenue une hémiplegie croisée, c'est-à-dire siégeant du côté opposé au zona ; Raymond a observé aussi une diplégie faciale ; enfin il a été publié un certain nombre de faits de paralysies faciales.

Ces diverses paralysies présentent les caractères suivants : Elles surviennent dans les premiers jours qui suivent l'apparition des vésicules, quelquefois quinze jours plus tard. Elles sont situées en général du côté correspondant de l'éruption. Elles guérissent sans laisser de trace.

Il n'y a pas un rapport absolument nécessaire entre le siège du zona et celui de la paralysie, puisque dans notre observation le nerf facial était paralysé et que le zona paraissait dépendre du plexus cervical superficiel.

Il est assez difficile de donner une théorie pour expliquer ces

paralysies. Les médecins qui considèrent le zona comme une maladie infectieuse, font de la paralysie une manifestation de l'infection. Peut-être aussi s'agit-il d'une variété de zona qui mériterait d'être étudiée à part.

Ceci nous conduit à discuter quelques-unes des théories pathogéniques émises sur la nature du zona.

On l'a successivement considéré comme attribuable à un trouble nerveux périphérique, à un trouble médullaire, à une infection. Nous pouvons discuter successivement chacune de ces hypothèses.

L'opinion qui consiste à faire du zona une forme particulière de névralgie n'est soutenable ni au point de vue anatomique, ni au point de vue clinique.

Les recherches anatomiques entreprises pour démontrer l'existence d'une névrite périphérique ont donné des résultats négatifs dans l'immense majorité des cas, et nous pouvons conclure que cette névrite n'est pas constante.

Le caractère de la douleur n'est pas celui habituellement attribué aux névralgies, elle ne suit pas exactement le trajet du nerf. Ainsi, les douleurs éprouvées par notre malade correspondaient à la zone de distribution de plusieurs nerfs sans dessiner spécialement le trajet d'aucun d'eux. Il en est de même pour l'éruption. Nous verrons par quelle théorie il est possible d'expliquer le défaut de concordance de la distribution des nerfs et de celle de l'éruption.

Il y a bien des zonas consécutifs à des lésions traumatiques des nerfs mais cela ne prouve nullement qu'il s'agisse primitivement d'un trouble périphérique de l'innervation, car tout nerf se compose de fibres centrifuges et de fibres centripètes : et le traumatisme a pu agir sur ces dernières qui ont déterminé une irritation des centres nerveux, laquelle s'est traduite ultérieurement par une manifestation périphérique : l'éruption douloureuse.

Le zona n'est pas dû à une lésion médullaire, car la plupart des recherches entreprises pour vérifier cette lésion ont donné des résultats négatifs, mais il est bien vraisemblable qu'il est dû à un trouble fonctionnel médullaire ; cette hypothèse est la seule qui puisse nous rendre compte des phénomènes observés particulièrement de la disposition des éléments éruptifs.

En effet, les fibres centrifuges qui partent d'une région quel-

conque de la moelle ne suivent pas exactement le trajet d'un même nerf, mais les unes passent par certains troncs nerveux et d'autres par des troncs voisins ; par conséquent, une irritation d'un point de la moelle n'amène pas une éruption superposable au trajet d'un seul nerf, mais une éruption qui se dissemine sur plusieurs trajets.

Cependant, dire que le zona est dû à un trouble médullaire ne résout pas la question de sa pathogénie, car il faudrait émettre une hypothèse plausible sur la nature de ce trouble. Est-il dû à une maladie infectieuse ?

Cette opinion a été soutenue par mon excellent ami le Pr. Landouzy, qui fait du zona une maladie infectieuse.

Les partisans de cette théorie s'appuient surtout sur l'existence de phénomènes généraux concomitants et sur l'absence de récédive, une première attaque conférant l'immunité, ainsi que cela a lieu pour un certain nombre de maladies infectieuses.

Mais je ferai d'abord remarquer que les phénomènes généraux ne sont pas constants, et qu'ils ont notamment manqué chez notre malade, qui, malgré l'étendue de son éruption, l'intensité de sa douleur, n'a jamais eu de fièvre et n'a présenté aucun trouble viscéral.

Pour mon compte je connais en outre deux cas de récédive de zona. Si vous m'objectez qu'il s'agissait alors d'éruptions zostéroides et si vous appelez de ce nom tous les zonas qui récédent, il est inutile de discuter.

Je crois que le zona est un syndrome, qui peut survenir dans des conditions fort diverses ; on peut l'observer à la suite de certains traumatismes, à la suite de maladies infectieuses, telles que la grippe et la pneumonie, et dans maintes circonstances qui commencent à être mieux connues aujourd'hui. Ainsi on a décrit des zonas consécutifs à l'empoisonnement par l'arsenic, le plomb, les iodures, etc., et même au cours de l'urémie, affection dont les principaux symptômes paraissent relever de l'auto-intoxication. M. Talamon a récemment insisté sur le zona pneumonique, qui doit être rapproché de l'herpes si fréquent dans la même maladie ; ce zona est bien une manifestation de maladie infectieuse ; pourtant on ne trouve pas en pareille circonstance de pneumocoques dans le liquide des vésicules. Ce liquide examiné au moment de la formation de la

vésicule se montre ordinairement stérile. Il en a été ainsi dans notre observation où l'examen bactériologique direct et les cultures du liquide vésiculaire ont fourni des renseignements négatifs. L'examen cytologique n'a également donné que des résultats négatifs. Il en a été de même pour l'examen du sang.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, nous avons chez notre malade, extrait par la ponction lombaire, 10 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien clair, stérile, ne contenant pas d'éléments cellulaires en suspension. Ces résultats sont en contradiction avec ceux qui ont été obtenus récemment par divers observateurs. Mais ces divergences s'expliquent naturellement si vous admettez que le zona n'est pas à proprement parler une maladie, mais un syndrome pouvant s'observer dans des circonstances diverses.

Quel traitement convient-il de prescrire aux malades atteints de zona ? Il faut surtout combattre l'élément douleur, ce qui peut se faire en administrant des analgésiques, des préparations opiacées prises *per os* et surtout par des injections de morphine.

Dans ces derniers temps on a conseillé pour diverses affections douloureuses, entre autres pour les sciatiques et les crises gastriques, tabétiques, des injections de cocaïne dans la cavité arachnoïdienne. J'avoue ne pas avoir grand enthousiasme pour ce procédé thérapeutique. J'ai traité ainsi des névralgies rebelles et n'ai obtenu qu'une sédation momentanée, inférieure à celle que donne la morphine ; toutefois, je reconnais que mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour me permettre de contredire les médecins qui préconisent, dans les affections douloureuses, les injections intra-rachidiennes de cocaïne.

Il faut aussi protéger l'éruption contre les infections secondaires qui pourraient se produire à son niveau en appliquant des poudres antiseptiques et des absorbants, comme l'oxyde de zinc, le bismuth, l'orthoforme, etc. Sous cette couche protectrice, les vésicules se dessèchent plus facilement et laissent moins souvent les cicatrices dont nous avons parlé.

Un des principes de l'éducation est de *supposer* que l'enfant est raisonnable et de le traiter comme tel, précisément pour développer en lui la raison sans hâter à l'excès ce développement.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS UTERINES ET PERI-UTERINLS

PAR LE DOCTEUR PICHEVIN

Nous ne parlerons que des maladies inflammatoires qui atteignent les organes génitaux externes, l'utérus, les trompes, les ovaires et les tissus péri-utérins.

Ces affections frappent le plus souvent des femmes jeunes, fortes et vigoureuses, ayant joui jusque-là d'une santé parfaite, quelques-unes mères de famille ou soutiens de vieux parents.

L'incapacité de travail est tôt ou tard le lot échu à ces malheureuses. La misère s'étend sur leur entourage. L'hôpital est l'asile qui abrite pendant un temps éphémère l'infortune, la douleur et les angoisses les plus cruelles. Heureuses les femmes qui sortent de là complètement guéries ! Les unes sont emportées par les progrès de la maladie ; d'autres meurent des suites d'une opération que leur état précaire a nécessité ; quelques-unes restent d'éternelles blessées, des infirmes irrémédiables, des épouses définitivement stériles, végétant à la charge du mari ou de l'assistance publique.

On devine les résultats : le foyer désert, le ménage sans direction, les enfants abandonnés, la misère, les infirmités, la mort, les surcharges budgétaires...

Au point de vue utilitaire, c'est une perte incalculable de capitaux : Non seulement ces malades sont des êtres improductifs, mais ils deviennent pour la société des causes incessantes de dépenses.

Ce n'est pas tout. Les femmes, frappées aux sources de la vie génitale, sont inutiles au point de vue de la reproduction de l'espèce. L'infécondité, alors même qu'elle se cache sous les apparences de la santé la plus florissante, constitue un danger pour la race. En outre, ces femmes qui souffrent à peine, au début de leur maladie, sont non seulement stériles, mais elles peuvent être les agents de propagation d'une maladie contagieuse grave, malgré ses allures bénignes et sa renommée plus cuisante que redoutable.

Les femmes les plus honnêtes, les épouses les plus fidèles sont exposées à ces affections. Beaucoup d'entre elles contractent la maladie dans l'accomplissement des fonctions les plus hautes dévolues au sexe féminin. Les autres sont d'inconscientes victimes de l'ignorance ou de l'inconduite maritale. A ces titres divers ces femmes ont droit à notre sollicitude.

Une fois constituée, l'affection utérine ou tubo-ovarienne, quand elle permet encore la conception, prédispose aux avortements et à leurs suites si périlleuses. La mère se trouve, de ce fait, exposée aux affections puerpérales et à des complications nouvelles du côté des annexes. La mort en est quelquefois la conséquence. Dans d'autres cas la vie est sauvée, mais une infirmité définitive et douloureuse est acquise.

L'enfant qui naît dans ces conditions est menacé d'ophtalmie purulente.

Ce tableau n'est pas chargé volontairement d'ombres épaisses et effrayantes. Il n'est que la reproduction fidèle de la réalité.

A côté des familles vraiment stériles, il y a un grand nombre de ménages inféconds. Dans les 20 pour 100 de ménages stériles, il faut certainement faire entrer un grand nombre de ménages qui ne peuvent pas avoir d'enfant, malgré tout le désir des conjoints.

D'après les travaux les plus récents, la stérilité serait imputable au mari dans 40 p. 100 des cas. La femme serait fautive au moins dans 60 p. 100 des cas.

Quelles sont donc les causes de la stérilité de la femme ?

Le vaginisme, l'aménorrhée, l'oblitération du col, les tumeurs fibreuses, les polypes, les déviations utérines doivent être cités. Ces états morbides curables soit par les moyens chirurgicaux, soit par une thérapeutique purement médicale n'entrent en jeu que dans un nombre restreint de cas.

Ce qui domine, au contraire, l'étiologie de la stérilité de la femme, c'est l'infection de la matrice, des trompes et des ovaires par des agents pathogènes venus de l'extérieur.

"Plus on étudie — écrit récemment Sinéty — cette question de l'infécondité des mariages et plus on arrive à se convaincre que lorsque c'est la femme qui est en cause, la stérilité remonte aux premiers temps du mariage et à une atteinte plus ou moins légère de pelvi-péritonite consécutive à un avortement précoce passé inaperçu ou à une blennorrhagie ancienne communiquée, inconsciemment, par le mari à sa nouvelle épouse."

Pour un grand nombre de gynécologues, la blennorrhagie, la vulgaire chaude-pisse, est la source quasi-universelle des affections inflammatoires de la matrice, des trompes, des ovaires et du péritoine pelvien. Il ne s'agit pas, dans la majorité des cas,

de la blennorrhagie aiguë, mais d'une blennorrhée insidieuse, discrète, non douloureuse, de la goutte militaire matutinale qui se transmet subrepticement par le canal marital à la jeune femme et qui évolue plus ou moins sournoisement chez la nouvelle épouse en produisant tantôt une fausse couche, tantôt des complications du côté de la matrice et des tissus péri-utérins.

C'est le moment de signaler l'accouchement prématuré et surtout l'avortement dans l'énumération des causes de ces affections.

Il est indéniable que la fausse couche et l'accouchement n'engendrent que trop souvent une iliade de maux dans l'appareil génital.

Les spécialistes qui restreignent le rôle de la blennorrhagie dans l'étiologie des métrites professent que l'infection utérine et tubaire est due dans la très grande majorité des cas à l'infection puerpérale.

La discussion ne porte donc que sur le degré de fréquence des deux espèces d'infection qui président à la genèse de la presque totalité des métrites et des salpingo-ovarites.

Au point de vue pratique, il est donc nécessaire de combattre sérieusement la blennorrhagie et de traiter avec le plus grand soin les femmes nouvellement accouchées ou ayant eu une fausse couche.

La blennorrhagie joue un rôle considérable dans la genèse des maladies des femmes.

Cette affection est en apparence si légère chez l'homme qu'elle se termine souvent par des plaisanteries et par des chansons, alors même qu'elle a fait couler des larmes cuisantes au début. Cependant, des complications plus ou moins graves peuvent surgir de temps à autre. Elles sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les énumérer.

Mais l'influence spéciale de la blennorrhagie sur les organes génitaux internes de la femme est à peine soupçonnée. Beaucoup de médecins ignorent le rôle dévolu aux gonocoques dans l'étiologie des affections utérines et péri-utérines.

Si la chaude-pisse est coupable de tels méfaits, n'est-il pas du devoir des hommes de science, n'appartient-il pas à l'État de créer un cordon sanitaire pour arrêter la marche du fléau !

La syphilis doit éveiller la sollicitude des savants, des hygiénistes et de l'administration civique. La blennorrhagie est

traitée avec une douceur, une tolérance et une compassion qui ne peuvent plus trouver d'excuses.

La surveillance des filles atteintes de syphilis, de blennorrhagie, leur internement au besoin ou mieux leur admission dans les hôpitaux sont des mesures qui s'imposent. La prostitution doit être éclairée, éduquée, surveillée ou poursuivie avec rigueur et persévérance.

Mais il faut avant tout que le médecin, imbu des nouvelles doctrines et convaincu de la gravité de la blennorrhagie, joigne ses efforts à ceux que la sagacité administrative inventera dans un but de répression.

La chaude-pisse ne doit plus être considérée comme l'affection banale d'antan.

Une maladie qui constitue un danger non seulement pour l'individu, mais pour l'espèce, peut-elle être traitée avec autant d'indifférence ou d'insouciance qu'un simple coryza ? Il est évident que non. Mieux éclairé sur la contagiosité de la blennorrhagie et sur la fréquence des complications de cette affection chez la femme, le médecin consciencieux poursuivra avec opiniâtreté un mal qui est dangereux alors même qu'il est à peine apparent.

N'est-ce pas évident que la nécessité s'impose de traiter les hommes atteints de blennorrhagie aiguë et de gonorrhée, avec plus de sévérité et plus de ténacité qu'autrefois ? Tant que l'écoulement n'a pas entièrement disparu il reste contagieux.

Le rôle du médecin sera d'éclairer ses clients sur le danger que font courir à la femme les rapprochements sexuels. Il s'élèvera au besoin avec la dernière énergie contre toute tentative de mariage, tant que le malade ne sera pas débarrassé entièrement de ses gonocoques et des autres germes qui pullulent dans la goutte matinale. Le mariage consommé, avant la guérison complète de la chaude-pisse, devient un acte criminel, quand le conjoint agit en toute connaissance de cause.

L'homme assez misérable pour communiquer sciemment la vérole ou la chaude-pisse à sa nouvelle épouse, ne mériterait-il pas de tomber sous les coups du Code pénal ? L'application du châtiment se heurterait malheureusement à des difficultés insurmontables, si une telle loi était inscrite dans nos codes.

Dans tous les cas, il est urgent d'attaquer la maladie par des moyens médicaux appropriés, d'hospitaliser les grandes conta-

gieuses, de les guérir, de façon à restreindre de plus en plus les causes de la contagion.

La femme atteinte de blennorrhagie soit aiguë soit chronique, doit être soumise à un traitement local qui sera toujours de longue durée. C'est une vérité — nouvelle pour beaucoup de praticiens — qu'il faudra faire pénétrer de force dans leur esprit.

Le temps n'est plus, en effet, où l'on pouvait considérer la disparition de la vulvite ou de l'urétrite comme la preuve de l'extinction de la blennorrhagie. Le gonocoque, agent pathogène, remonte du côté de l'utérus, prend ses cantonnements dans le col, en attendant qu'il franchisse l'orifice interne pour infecter le corps de la matrice, les trompes, les ovaires et le péritoine.

Il faut le répéter, la blennorrhagie vaginale, contrairement à ce qui était enseigné autrefois, est relativement rare. Elle ne constitue donc pas l'alpha et l'oméga de l'infection gonorrhéique. Le vagin et l'urètre peuvent ne plus présenter aucun indice d'inflammation et cependant la femme recèle dans son col des agents pathogènes qui sont transmissibles à l'homme et qui sont susceptibles d'infecter les trompes et le péritoine. Ces malades en apparence guéries sont donc exposées à des inflammations graves du côté du petit bassin.

Qu'en résulte-t-il ? La nécessité d'appliquer un traitement de longue haleine à ces femmes, qui n'ont qu'une métrite banale, sans connexion tangible avec la blennorrhagie.

C'est en attaquant l'affection utérine à ses débuts qu'on peut l'enrayer et surtout l'empêcher de se compliquer de lésions irréparables tant au point de vue de la reproduction de l'espèce qu'au point de vue de la santé et même de la vie de l'individu.

Des soins analogues seront appliqués aux femmes enceintes atteintes de blennorrhagie. On n'oubliera pas que la femme est doublement exposée, dans ces conditions, aux grandes infections péri-utérines et qu'elle doit être l'objet d'une sollicitude toute particulière.

Le rôle du médecin sera non moins efficace sur l'avenir de la femme, s'il a une exacte notion de l'importance des infections qui peuvent survenir après l'accouchement et surtout après la fausse couche.

On ne peut et on ne doit pas considérer comme guérie la.

femme qui, après avoir résisté à des accidents puerpéraux graves, ne présente plus qu'une métrite vulgaire. Les écoulements leucorrhéiques ne sont pas chose banale.

Il faut attacher une grande importance à la forme insidieuse de l'infection qui apparaît après l'accouchement ou l'avortement.

Quelques symptômes peu marqués, dans les affections rebelles et qui résistent aux traitements les plus énergiques.

Les nouvelles accouchées croient souvent qu'elles n'ont plus rien à redouter et cependant on voit bientôt ces malheureuses avec des lésions parfois avancées dans le petit bassin.

On s'est trop fié à la *nature médicatrice* qui trompe souvent les espérances de certains accoucheurs !

Après l'accouchement et surtout après la fausse couche, il y a lieu de recourir souvent aux injections intra-utérines. L'on n'hésitera pas à pratiquer le curage, dès l'apparition des premiers symptômes, surtout quand on soupçonne une rétention placentaire même partielle.

Le tamponnement à la gaze iodoformée, les injections antiseptiques, les attouchements de la cavité cervico-corporéale rendent les plus signalés services et arrêtent fréquemment la propagation des agents infectieux qui ont eu la tendance à franchir l'ostium uterinum.

Enfin on ne négligera pas les traumatismes de la vulve, du vagin ou du col et on surveillera les déchirures du col et du périnée.

(à suivre)

L'alcool ne se contente pas de traverser l'organisme sans augmenter les forces, mais il produit des altérations cellulaires, lesquelles altérations sont transmissibles héréditairement. Rien d'étonnant ensuite de voir les descendants d'alcooliques sortir de la forme physiologique normale.

Il faut garder en son cœur un coin de verdure et de jeunesse, un petit coin où l'on n'a rien récolté encore, où l'on peut toujours semer quelque plante nouvelle. Restez jeune longtemps, gardez toujours au fond du *moi* quelque chose de léger, de gai et d'ailé, c'est le meilleur moyen de dominer la vie : car quelle force plus grande y a-t-il que la jeunesse ?

INFLUENCE DE LA MUCINE SUR LE BACILLE DIPHTÉRIQUE ET SA TOXINE

M. FERNAND ARLOING a pratiqué des mélanges *in vitro*, pendant des durées plus ou moins longues, de mucine et de culture ou de toxine diphtérique. Puis il a cultivé le bacille de Loeffler dans du bouillon additionné de doses variables de mucine. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1o La mucine exerce, sur la virulence du bacille de Loeffler emprunté à une culture de 24 heures, une action incontestable. Cette action, peu sensible si le contact est de courte durée, est évidente après un contact prolongé pendant une heure. Elle se manifeste même après une demi-heure de contact. Dans ce cas, les cobayes inoculés avec le mélange survivent indéfiniment.

2o La toxine diphtérique n'est nullement atteinte dans son action par son mélange à la mucine après 8 heures de contact.

3o Le bacille diphtérique ne peut se développer dans la mucine filtrée non additionnée de bouillon. Elle constitue donc pour ce microbe un milieu très dysgénésique. Cette action s'efface si la proportion de mucine diminue dans le milieu de culture. Dans ce dernier cas, le bacille végète et sa virulence se conserve intacte.

4o Au point de vue du mécanisme intime des faits observés, il nous semble que la mucine est douée d'une *action bactéricide* et non pas d'une action antitoxique. En effet, son influence sur le bacille de Loeffler ne s'exerce qu'après un contact prolongé pendant au moins une demi-heure ou une heure, et elle se montre incapable de neutraliser la toxine diphtérique à laquelle on veut l'opposer.

Le résultat de ces expériences éclairent d'un jour nouveau les modes de défense de l'organisme contre les microbes. La sécrétion de mucus est un processus de défense générale commun à tous les êtres organisés ; on le trouve même dans certaines espèces végétales. On se doutait depuis longtemps de l'action bactéricide de la mucine, mais elle n'avait pas été démontrée expérimentalement. Des recherches avaient été faites avec le mucus nasal dont on provoquait artificiellement la sécrétion par une injection de pilocarpine, ce mucus s'était montré bactéricide pour le bacille de la diphtérie et plusieurs au-

tres, mais sans aucune action sur d'autres, tel que le bacille d'Eberth. Les recherches de M. Arloing demanderaient donc à être étendues à toutes les espèces microbiennes.

RECHERCHE DE L'ATAXIE NAISSANTE

PAR M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Voyons donc quels sont les procédés à mettre en usage pour dépister l'ataxie naissante embryonnaire.

Ces procédés sont au nombre de six, à savoir :

- 1o Signe de Westphal ;
- 2o Signe de Romberg ;
- 3o Signe dit "de l'escalier" ;
- 4o Signe du croisement des jambes ;
- 5o Marche au commandement, dont les particularités peuvent se caractériser dans trois conditions spéciales : (a) signe du départ ; (b) signe halte ! ; (c) signe de volte-face ;
- 6o Signe de cloche-pied, qui peut être étudié : (a) les yeux ouverts ; (b) les yeux fermés.

I. *Signe de Westphal*.—Ce signe, bien connu, consiste dans l'abolition du réflexe rotulien, et se rencontre au moins dans les deux tiers des cas, au cours de la période préataxique.

II. *Signe de Romberg*.—Voici comment il doit être apprécié : L'œil, ainsi que je l'ai dit souvent, est une sorte de régulateur indirect du mouvement.

Il constitue un agent supplémentaire qui, dans une certaine mesure, vient au secours de la coordination musculaire déficiente, maintient l'équilibre, corrige les erreurs de mouvement et sauvegarde la correction de la marche dans les premiers temps de la maladie.

Eh bien ! la clinique a mis à profit cette particularité pour en tirer un réactif diagnostique de l'ataxie, et cela en supprimant la vue, de façon à constater ce dont reste capable le système musculaire après l'occlusion des yeux.

En l'espèce, l'épreuve est des plus simples. Elle consiste tout simplement à faire tenir le malade debout, dans l'attitude du "soldat sans armes" et les yeux fermés.

Au bout de quelques instants, vous voyez le malade osciller, c'est-à-dire s'incliner en avant, se renverser en arrière, se ba-

lancer latéralement, etc. Cela suffit à démontrer que, même dans la simple station, il se trouve en état d'équilibre instable, du moment où la vue ne rectifie plus les écarts d'un système musculaire déréglé.

Seulement, ne vous attendez pas à rencontrer dans la période initiale de l'affection ces grandes oscillations, ces vacillements considérables avec perte totale d'équilibre et imminence de chute, que détermine la même épreuve dans l'ataxie confirmée. Il ne s'agit ici que de la forme rudimentaire de tels symptômes, et ce que vous aurez à constater ne consistera, le plus souvent, qu'en des balancements minimes du tronc, ne dépassant pas quelques degrés, voire parfois presque imperceptibles et à peine saisissables, si ce n'est pour un œil attentif.

Ces incertitudes d'équilibre ne se produiront pas toujours dès le premier moment de l'occlusion des yeux. Il vous faudra quelquefois les attendre une, deux ou trois minutes.

Bien constaté, ce symptôme spécial de l'incertitude musculaire déterminée par l'occlusion des yeux, constitue un signe d'ataxie locomotrice.

III. *Signe dit de l'escalier.* — Un des premiers et des plus constants phénomènes de l'ataxie naissante, c'est la difficulté qu'éprouvent les malades à descendre un escalier. Cet exercice difficile, complexe, périlleux, exige la plénitude des facultés coordonatrices du mouvement et doit donc traduire plus qu'un autre l'imperfection naissante du système musculaire. C'est en effet ce qui a lieu. Tous les ataxiques vous raconteront que, dès les premiers temps de leur maladie, ils éprouvaient une gêne singulière à descendre un escalier. Ils ne le descendaient que lentement et en s'aidant de la rampe. Ils "avaient peur de tomber"; plusieurs fois, "il leur est arrivé de trébucher".

IV. *Signe du croisement des jambes.* — Un ataxique qui s'assied sur un fauteuil et croise l'une de ses jambes sur l'autre, n'exécute pas ce dernier mouvement à la façon d'un homme dont le système musculaire est sain.

A l'état normal, un homme qui, assis, croise l'une de ses jambes sur l'autre, élève simplement l'un de ses membres inférieurs à la hauteur exactement nécessaire et l'entrecroise sur l'autre. L'ataxique, lui, n'élève pas seulement son membre, il le projette d'une façon excessive au delà du niveau à atteindre, en sorte que l'entrecroisement se produit en faisant décrire à

tout le membre un arc de cercle d'une amplitude exagérée. Ceci n'a l'air de rien, mais constitue une incorrection motrice qui frappe immédiatement l'observateur. Car un homme sain n'est pas capable (à moins de le faire exprès) d'un mouvement déréglé de la sorte.

V. *Signe de la marche au commandement.*—Sous cette rubrique, je réunirai trois épreuves probatoires de l'ataxie.

Première épreuve : Le malade étant assis, le prier de se lever et de se mettre en marche aussitôt levé.

Un sujet qui a la pleine et intégrale jouissance de ses facultés motrices, exécutera ce mouvement complexe avec une correction et une pondération d'allures que je n'ai pas à décrire.

Un ataxique, au contraire, se trahira par l'une des incorrections suivantes :

Ou bien, après s'être levé, il éprouvera comme une certaine hésitation à se mettre en marche tout aussitôt ; il aura comme besoin de prendre son équilibre, "de se caler", avant de partir. Il interposera une pause, un retard entre le moment où il se lèvera et celui où il commencera à se mettre en marche ;

Ou bien même, après s'être levé, il éprouvera une certaine oscillation, et ajoutera au mouvement nécessaire un mouvement accessoire, grâce auquel il fixera son équilibre avant de se lancer.

Seconde épreuve : Faire marcher le malade, en le priant de s'arrêter court aussitôt qu'il en recevra de vous le signal.

C'est là le signe familièrement connu entre nous sous le nom de signe de halte ! Et voici en quoi il consiste :

Tout sujet sain, à qui on commande de s'arrêter court en marchant à un commandement convenu, s'arrête court, correctement et sans hésitation, sans mouvements indécis ou oscillants, et surtout sans mouvement inutile surajouté.

Au commandement de halte ! l'ataxique s'arrête, lui aussi, mais de quelle façon ? En subissant l'impulsion acquise qu'il n'a plus la faculté de modérer, et alors de deux choses l'une : ou bien son corps, obéissant à cette impulsion, s'incline en avant comme pour saluer, et parfois même n'est préservé d'une chute que par un des pieds qui se porte en avant pour maintenir l'équilibre (mouvement inutile surajouté), ou bien il se

rejette en arrière pour résister au mouvement qui le pousse en avant.

Troisième épreuve : Mouvement subit de volte-face.

Le malade étant en marche et s'éloignant de vous, je suppose, commandez-lui brusquement de tourner pour revenir vers vous.

Dans ce mouvement complexe, difficile, exigeant le concours d'agents musculaires multiples, l'ataxique, au lieu de pivoter correctement sur lui-même, éprouvera une gêne, un embarras visible, qui se traduira par un arrêt, une indécision d'allure, un mouvement surajouté, quelquefois même par un défaut d'aplomb, un ébranlement d'équilibre, une imminence de chute, etc.

Ces diverses épreuves ne sont évidemment pas infaillibles. Mais au titre de réactifs de l'incoordination, si je puis ainsi parler, elles sont infiniment plus sensibles et plus sûres que le procédé usuel d'exploration de la marche volontaire ; et cela parce qu'elles imposent au système musculaire des mouvements imprévus et soudains, bien plus aptes à déceler un trouble rudimentaire d'ataxie que les mouvements voulus, prévus et presque automatiques de la locomotion ordinaire.

VI.—*Signe de l'attitude à cloche-pied.*—C'est le réactif le plus sensible pour forcer à se révéler l'incoordination naissante.

Ce en quoi il consiste est simple : faire tenir le malade sur un pied, l'autre pied étant détaché du sol, et cela d'abord les yeux ouverts, puis, en second lieu, les yeux fermés. L'homme n'est évidemment pas fait pour cette attitude d'échassier, mais il peut s'y soumettre quelques instants et s'y maintenir en équilibre, s'il a la pleine liberté de ses mouvements. A preuve, certains jeux de l'enfance, où le cloche-pied est obligatoire.

Or, que va-t-il arriver si vous soumettez à l'épreuve du cloche-pied un malade tabétique dont le système musculaire commence à s'affecter ? Déjà, chez ce malade, l'équilibre sur les deux pieds est quelque peu défaillant. Dès que l'un de ces appuis viendra à faire défaut, l'autre, tout naturellement, se trouvera d'autant plus insuffisant à suppléer son congénère que, pour son propre compte, il est peu solide. Aussi, le malade à incoordination naissante ne peut-il se tenir sur une seule jambe que difficilement et avec efforts. A peine a-t-il pris cette attitude qu'il oscille, qu'il vacille, qu'il trébuche ; il tom-

berait bientôt, s'il ne s'aidait à temps de son autre jambe pour se soutenir et "rattrapper son équilibre".

L'expérience est curieuse et décisive en nombre de cas. Elle est curieuse, d'abord, parce qu'elle suffit quelquefois à révéler un trouble musculaire qui avait pu échapper à divers modes d'exploration et dont les malades eux-mêmes ne se rendaient pas compte.

Elle est décisive aussi, parfois, grâce à la netteté et à la précision de ces résultats. A peine, en effet, le malade a-t-il détaché l'un de ses pieds du sol que, sur le champ, l'ébranlement de l'équilibre s'accuse d'une façon évidente, d'une façon qui ne peut laisser le moindre doute sur la qualité du trouble morbide.

Mais il est encore un réactif plus sensible pour révéler l'ataxie naissante : c'est la station à cloche-pied combinée avec l'occlusion des yeux. Cette épreuve mixte réalise l'avantage précieux, en l'espèce, de soumettre l'ataxique à toutes les difficultés réunies de coordination. D'une part, elle le prive d'une de ses bases de sustentation et d'autre part, elle le prive de sa dernière ressource, à savoir : du secours de la vue, ce régulateur indirect du mouvement. Déjà, nous venons de le voir, le malade affecté d'ataxie naissante a grand-peine à se maintenir en équilibre sur un pied sans le secours de la vue ; si on supprime cet auxiliaire, ce dernier agent de coordination, vous diminuez d'autant la puissance d'équilibrage. Et, tout naturellement, plus les difficultés de coordination seront grandes, plus il y aura de chance pour qu'un système musculaire malade se trahisse par quelque défectuosité d'attitude. C'est, en effet, ce qui a lieu. A cloche-pied et les yeux fermés, l'ataxie naissante se révèle presque infailliblement par des troubles non douteux, parfois majeurs surprenants, inattendus. Le malade oscille aussitôt, se balance, trébuche, est menacé de chute. Quelquefois même, il ne peut se soutenir dans cette attitude un seul instant. Il est très prudent, quand on fait cette expérience, de placer un infirmier ou un assistant derrière le malade, car il pourrait tomber.

L'emploi de ces procédés est indispensable, rigoureusement indispensable à la découverte de l'ataxie naissante.

Se contenter, à cette période de la maladie, de rechercher l'ataxie par la simple et banale méthode qui consiste à faire

marcher le malade et à examiner de quelle façon il marche, c'est volontairement s'exposer à ne pas trouver ce que l'on cherche, c'est courir presque fatalement à une erreur.

Des procédés d'analyse plus délicats sont nécessaires dans une étape où les troubles locomoteurs sont encore minimales et presque embryonnaires. Ces procédés ne sont pas tous, sans doute, d'une égale sensibilité en tant que réactifs de l'ataxie, mais tous ont leur valeur et leur signification. Aussi, ne m'arrêterai-je pas à discuter si tel ou tel est meilleur que tel autre ; j'ai mieux à faire que cela, c'est de vous conseiller, le cas échéant, de les interroger tous, de n'en négliger aucun pour tirer parti de ce que chacun peut fournir à la solution du grave problème que nous venons d'étudier.

DE LA PRESENCE D'UN PARASITE DANS LE SANG DES EPILEPTIQUES

PAR M. BRA.

Des prélèvements de sang par ponction des veines de l'avant-bras, opérés sur soixante-dix sujets atteints d'épilepsie générale, dite *idiopathique*, ont permis de constater, à certaines périodes de l'affection, la présence constante d'un microorganisme.

Dans les longs intervalles interparoxystiques, l'examen est le plus souvent négatif, mais lorsqu'à l'approche des attaques, pendant ou immédiatement après les crises incomplètes, les absences, les vertiges, on examine une goutte de sang frais avec un grossissement d'au moins 500 diamètres, on aperçoit dans le plasma de petits points faiblement réfringents de 1-*m.* et au-dessous, isolés ou réunis en diplocoques, animés d'un mouvement très vif et virevoltant constamment sur eux-mêmes, puis, à l'état d'unités ou en plus ou moins grand nombre, des corps offrant l'aspect de *vi* micules, d'une longueur égale ou supérieure au diamètre des hématies et composés de six à huit grains le plus souvent. Les uns sont formés de grains égaux, les autres présentent à leurs extrémités ou dans leur continuité des grains plus volumineux, polymorphes, ovoïdes, bacillaires, etc. La forme la plus typique paraît être la chaînette terminée à chaque extrémité par un grain plus volumineux (forme en boulets enchaînés). Ces corps sont animés d'oscillations ser-

pentines, culbutent sur eux-mêmes, se présentent alternativement dans leur grand diamètre ou par leurs grains terminaux. Ils se pelotonnent si bien qu'il faut les suivre longtemps pour être fixé sur leur forme véritable. Ils adhèrent fréquemment aux globules rouges par une de leur extrémité.

Il arrive, suivant les périodes et les individus, "que ces vermicules font défaut dans le sang et que seulement l'on rencontre les cocci isolés ou en diplocoques, soit mobiles et libres dans le sérum, soit accolés aux hématies ou englobés dans les phagocytes".

Il paraît s'agir, en somme, d'un streptocoque qui, par ses caractères morphologiques et biologiques, constitue une variété très spéciale et que l'on trouve que chez les épileptiques.

LA CHLOROFORMISATION ET L'ETHERISATION

PAR M. LE PROFESSEUR PONCET

1. *Morts par le chloroforme.*—Quoi qu'en ait dit Sédillot : "Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais", — il est vrai que quelques lignes plus loin, il laisse échapper cet aveu : "Une seconde suffit quelquefois pour tuer le malade" — le chloroforme tant pur et tant bien administré soit-il, tue bel et bien. Je n'en veux pour preuve que les faits apportés à cette tribune.

Ce n'est pas là une nouveauté, et les cas de mort par chloroformisation sont certainement plus nombreux que ne l'indiquent les statistiques.

Cette constatation brutale n'a d'intérêt que par le mécanisme des accidents mortels, par l'interprétation qui en est donnée, et surtout par la possibilité de les prévenir.

L'autopsie de ces morts ne révèle rien. Elle ne fournit aucune explication. Elle laisse le chirurgien plus perplexé encore après qu'avant.

Des cas de ce genre ont fait abandonner le chloroforme, il y a plus de quarante ans, par Bonnet, Diday, Barrier, Pétrequin, Valette, etc. Avec d'autres dangers de la chloroformisation, dont je ne parlerai pas : les syncopes secondaires (respiratoires et cardiaques), la syncope tertiaire par inoxygenation chloroformique complète ; ils justifient la préférence absolue, donnée à l'éthérisation par l'École de Lyon.

La tradition de la supériorité de l'éther est restée d'autant mieux maintenue parmi nous, que toute tentative, à divers moments, de restauration du chloroforme, s'est trouvée promptement frappée de stérilité, par des accidents mortels, plus inexplicables qu'avec l'éther.

Le chloroforme est un merveilleux agent d'anesthésie, mais il est dangereux.

Il est meurtrier. Comment ? Par ses impuretés, disent ses partisans.

Il appartient, dès lors, à la chimie de nous éclairer ? Eh bien, ici encore, satisfaction ne nous est pas donnée. Le chloroforme pur tue comme le chloroforme impur. La pureté du chloroforme a été nettement établie dans bon nombre de cas malheureux. Si j'en crois certaines confidences de chimistes, l'absence d'impuretés serait même alors la règle.

Quels sont, du reste, les produits d'altération qui se développent par la présence de l'oxygène et l'action de la lumière dans un chloroforme pur ? Du chlore, de l'acide chlorhydrique, du gaz chloroxycarbonique.

Les deux premiers corps peuvent, sans doute, augmenter l'effet irritant des vapeurs sur les premières voies, exalter la salivation, la toux, avec les conséquences qui en résultent, mais ils ne peuvent être responsables que des irrégularités, ou des accidents du début. Ils sont incapables de créer des périls nouveaux.

Le gaz chloroxycarbonique, qui est des plus toxiques, décele trop aisément sa présence pour qu'il soit dangereux. Il a une odeur suffoquante, angineuse.

Il se trahit immédiatement par son odeur *sui generis*, et par la présence de fumée, due à sa décomposition en acide chlorhydrique et en acide carbonique, sous l'influence de l'humidité de l'air. Il ne peut être absorbé sans provoquer des phénomènes réactionnels très intenses par suite de son action irritante sur la muqueuse des voies aériennes (Hugouenq).

Telle est l'opinion des chimistes et des physiologistes les plus autorisés.

Force est donc de chercher ailleurs l'explication de la mort par le chloroforme.

C'est lui-même qu'il faut incriminer.

Par sa composition chimique il constitue, comme les autres

anesthésiques, un poison pour les centres nerveux. Dans l'espèce, ce qui le caractérise, c'est sa malignité plus grande que celle de l'éther.

Pourquoi en est-il ainsi ? Uniquement parce qu'à la manière d'autres poisons dont le mode d'action nous est, du reste, tout aussi inconnu, qu'il s'agisse de la strychnine, de l'acide cyanhydrique, du curare, etc., il provoque du côté des éléments nerveux des perturbations fonctionnelles, des lésions, incompatibles avec la vie.

Sa dose, maniable ou clinique, est de plus individuelle. Pour tout un groupe de sujets d'une idiosyncrasie, ou d'une sensibilité spéciale, le mot importe peu à la chose, qui sont tués par cinq, six et dix bouffées de chloroforme, il se comporte comme un poison des plus actifs. Nous ne possédons, malheureusement, aucune donnée sur le coefficient de susceptibilité et de résistance de tel ou tel sujet à ses vapeurs.

Pour nous, cliniciens, cette explication si lointaine est, cependant, plus que suffisante. Elle nous met en face d'un danger d'autant plus menaçant que ses causes nous échappent, et nous sommes tentés de répéter avec Marion Sims, témoin d'un empoisonnement chloroformique des plus émouvants : "Je crois que la meilleure chose à faire serait d'abandonner l'usage entier du chloroforme."

Le chloroforme tue par le cœur, démontrent les physiologistes ; c'est un poison du bulbe, répètent les chirurgiens. Les accidents sont donc d'autant plus redoutables que le cœur est malade, qu'il est troublé dans sa fonction.

Le chapitre des contre-indications à l'anesthésie générale reste toujours ouvert.

Si, en face de la douleur, il ne saurait exister de contre-indications absolues, on ne doit pas oublier que certains états constitutionnels et pathologiques, que certaines affections chirurgicales et certaines opérations, d'après leur siège et leur nature, en augmentent considérablement les risques.

Ces contre-indications imposent une surveillance plus grande. Elles réclament l'emploi de l'anesthésique le moins dangereux.

Je me trouve ainsi amené à parler de l'éther.

II. *De l'éthérisation.*—En tenant compte de ma pratique qui porte aujourd'hui 29,000 éthérisations environ, mon expérience

ce se résume, dans cette opinion, qui est conforme à toutes les statistiques : l'éther est un poison moins violent, et, par cela même, moins redoutables que le chloroforme. Les accidents qu'il provoque peuvent être heureusement combattus. Leur mécanisme est moins obscur et mieux connu, car la mort ne se produit guère que chez des malades grièvement atteints. Elle s'explique par leur état pathologique antérieur.

La pratique m'a donné dans l'éther une confiance aussi grande qu'on peut l'avoir chirurgicalement parlant.

Notre sécurité n'est pas partagée de tous côtés. Beaucoup de chirurgiens, surtout à Paris, accusent l'éther d'être un irritant spécifique des bronches et des poumons, de donner lieu à des complications pulmonaires post-opératoires.

Qu'y a-t-il de vrai dans ces accusations, si l'éther irrite les voies respiratoires, en a-t-il le monopole, le chloroforme n'est-il pas responsable des mêmes accidents ?

J'aborde le plus grand grief formulé, maintes fois, contre l'éther.

M. Lucas-Championnière n'a pas craint de dire que les éthérisés étaient emportés dans les premiers jours qui suivaient l'anesthésie, par des complications pulmonaires, dans une proportion telle, que l'équilibre se trouvait rétabli, en tant que mortalité, entre le chloroforme et l'éther.

Je proteste contre cette assimilation de gravité.

Je suis d'autant mieux placé pour tenir ce langage, que, dans la discussion à la Société de chirurgie de 1895, je m'exprimais dans ces termes :

"Je dois faire remarquer que ces complications pulmonaires post-opératoires me paraissent avoir été trop facilement imputées à l'éther seul. On oublie aisément que les malades, souvent découverts, sont soumis, pendant des opérations parfois longues, à des refroidissements prolongés ; que par leur maladie antérieure, ou par l'opération, leur résistance est diminuée, et que de tels facteurs peuvent jouer dans l'écllosion des accidents pulmonaires un rôle étiologique, de tout autre importance, que les vapeurs d'éther."

Aujourd'hui, après l'expérience de ces six dernières années, mon attention ayant été plus particulièrement éveillée sur les complications pulmonaires consécutives à l'éthérisation, je suis mieux documenté, mieux armé, pour faire la part de ce qui

revient à l'anesthésie, et aux autres causes que je mentionnais alors brièvement.

Je crois toujours à l'action plus ou moins irritante des vapeurs éthérées, mais ce que je puis affirmer, c'est que, chez mes opérés qui ont présenté des lésions pulmonaires, cette étiologie n'a dû jouer qu'un rôle très secondaire dans leur développement, et que, sans elle, ils s'expliquent très facilement.

En dépouillant mes observations d'éthérisation qui s'élèvent depuis six ans à quatre mille et qui ont été recueillies, à ce point de vue, je vois, en effet, que les broncho-pneumonies post-opératoires n'ont pas été notées chez toute une catégorie de blessés.

Les malades frappés sont les gens d'un certain âge, surtout les vieillards atteints d'occlusion intestinale, de hernie étranglée, etc., ce sont les prostatiques avec infection urinaire, ce sont certains intoxiqués de vieille date chez lesquels on pratique une gastrostomie, une pylorectomie, une gastro-entéro-anastomose, etc., ce sont encore, et souvent, des cures radicales de hernie, des laparotomies, etc., toutes les opérations, en un mot, portant sur le tube digestif et intéressant le domaine du vague et du sympathique; ce sont les cachectiques, porteurs de tumeurs malignes, en particulier les cancéreux buccaux, pharyngiens, linguaux, etc., les anciens goîtreux simples, cancéreux, etc., enfin, toute cette lignée de sujets en équilibre plus qu'instable au point de vue des complications pulmonaires, de par l'infection dont ils sont atteints.

L'infection antérieure ou acquise, l'infection anté ou post-opératoire, voilà le coupable.

Je ne dis pas, remarquez-le bien, que les vapeurs d'éther ne puissent être incriminées dans une certaine mesure, mais elles ne jouent qu'un rôle physico-chimique très accessoire.

Le fait est si vrai que je n'ai pas vu un opéré non infecté présenter, dans la suite, des complications pulmonaires.

Les observations cliniques et les recherches expérimentales confirment cette tolérance de l'éther.

Il serait plus vrai, jusqu'à plus ample informé, de parler de pneumonies d'opération que de pneumonies d'éthérisation.

Parmi mes quatre derniers mille éthérisés j'ai eu des phtisiques, des touseurs. La plupart ont bien supporté l'éther. Lorsqu'une aggravation est survenue du côté des poumons,

j'ai dû l'attribuer, non à l'anesthésie, mais aux causes dont j'ai parlé.

Conclusions.—D'après mon expérience personnelle :

Le chloroforme est plus dangereux que l'éther.

(Toutes les statistiques en font foi. Les recherches de Juliaud, de Gurlt, qui portent sur plus de 100,000 cas, donnent 1 mort sur 3000 chloroformisations et 1 mort sur 14,000 éthérisations).

Sur 29,000 éthérisations je compte une mort, chez un enfant, à l'autopsie duquel nous avons trouvé de vieilles lésions cardiaques, plus accusées du côté des orifices.

L'éther ne donne pas lieu à la syncope primitive ou laryngo-réflexe du début, si soudainement mortelle, et relativement fréquente avec le chloroforme.

L'éthérisation simple, c'est-à-dire avec l'éther seul, est préférable à l'anesthésie mixte.

Rien ne prouve, aucune statistique n'établit que des complications pulmonaires post-opératoires : bronchite, congestion, broncho-pneumonie, œdème du poumon, etc., soient dues à l'action irritante des vapeurs éthérées.

Les pneumonies dites d'éthérisation, de chloroformisation, sont avant tout des pneumonies d'infection.

Les accidents pulmonaires sont probablement aussi fréquents chez les opérés qui n'ont pas été endormis que chez ceux qui ont été anesthésiés.

Il n'est pas exact de dire que la mortalité, après la narcose par l'éther, dans les jours qui suivent l'opération, redevient la même que celle du chloroforme qui tue, pendant l'anesthésie, sur la table d'opérations.

Cette opinion est d'autant moins justifiée, que les vapeurs de chloroforme, ainsi que le démontrent ses propriétés physiques, sont plus irritantes que celles de l'éther.

Les contre-indications anciennes, tirées de l'état de l'appareil respiratoire, restent les mêmes que par le passé. Comme les cardiopathies, les aortites, les lésions pulmonaires ne s'opposent pas absolument à l'éthérisation, pour une opération longue, douloureuse, mais l'anesthésie réclame, dans ces cas spéciaux, une surveillance extrême.

PARALYSIE UREMIQUE

PAR M. ALLEMAND, interne à l'Hôtel-Dieu

Il s'agit d'un homme âgé de 56 ans, exerçant la profession de tailleur de pierres, entré dans le service le 10 janvier pour une hémiplegie gauche survenue 10 jours auparavant.

Antérieurement cet homme n'avait jamais été malade.

Pas d'alcoolisme, pas de rhumatisme.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier, réveillé à 3 heures du matin par un bruit de la rue, il s'aperçoit que sa parole est embarrassée, son bras et sa jambe gauche inertes.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate :

Du côté de la face : effacement général des rides du côté gauche, abaissement de la commissure labiale gauche, impossibilité absolue de siffler. *La pointe de la langue est déviée du côté droit.*

L'orbiculaire des paupières est respecté.

Paralysie flasque du membre supérieur gauche ; la sensibilité de ce membre est émue, mais conservée.

Paralysie également absolue du membre inférieur du même côté. Sensibilité intacte.

Délire léger, tranquille.

Le réflexe patellaire est plutôt un peu exagéré. Pas de clonus du pied.

Un peu d'incontinence d'urine.

Le gland est recouvert d'ulcérations, étendues en surface, d'aspect serpigneux. Ces ulcérations présentent une coloration rouge, jaunâtre, irisée. Elles sont planes, occupent surtout les faces latérales et la face inférieure du gland. En arrière du frein, large ulcération de forme à peu près quadrilatère reposant sur une base indurée. Des caps de muqueuse de nouvelle formation s'avancent dans l'ulcération et contribuent à lui donner une forme stellaire. Ces ulcérations auraient débuté, il y a 4 mois, à la suite d'un heurt, qui pourtant n'aurait pas occasionné de plaie.

Une plaque muqueuse sur le fourreau de la verge.

Une plaque de semblable nature à la commissure labiale gauche.

Le malade n'aurait pas eu de rapports avec les femmes depuis un an.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

La pointe du coeur bat fortement dans le 4me espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. Les bruits, à la pointe, présentent un éclat sourd. A la région méso-cardiaque, léger souffle, court, méso-systolique. Un peu d'arythmie.

Le mode de début des accidents et l'âge du sujet devaient faire songer à un ramollissement par athérome ou artérite syphilitique, bien que l'hémiplégie fût à gauche.

Les urines, ne contenant pas d'albumine, il était difficile de s'appuyer simplement sur l'état du coeur pour admettre une paralysie urémique.

Dans tous les cas, la déviation insolite de la langue restait peu explicable.

En raison des accidents syphilitiques que présentait le malade, on lui administra le traitement spécifique.

Le 6 février.—Les orteils exécutent quelques légers mouvements de flexion et d'extension. Le malade arrive à soulever son membre dans l'extension jusqu'à 2 pieds au-dessus du plan du lit. Il arrive, en outre, à plier la cuisse et la jambe à moitié.

De temps à autre, il aurait des contractures des muscles de la jambe.

Impotence absolue du membre supérieur.

Le 16 février.—Depuis l'entrée, le délire s'est accentué. Le malade est complètement gâteux.

Le 26 février.—Il meurt brusquement à 4 heures de l'après-midi.

A l'autopsie.—On note d'abord, une congestion générale de l'extrémité céphalique. Une certaine quantité de sang s'est écoulée par les narines.

La dure-mère, légèrement épaissie par places, est très tendue. Après son incision, il s'écoule la valeur d'un verre de liquide.

L'encéphale est oedématié, tendu ; beaucoup de liquide dans les ventricules. Le corps calleux est aminci. Après l'évacuation de tout le liquide, l'encéphale est plutôt mou, la pie-mère est épaissie, les vaisseaux sont dilatés. Sur l'hémisphère droit on ne trouve aucune lésion, ni corticale, ni profonde.

Sur l'hémisphère gauche, au commencement de la scissure de Sylvius, sur la lèvre inférieure de cette scissure (1^{re} temporale) on découvre une plaque de ramollissement jaune qui se laisse assez facilement détacher et qui occupe toute l'étendue de la lèvre inférieure de la scissure et empiète même un peu

sur le lobule de l'insula. Cette plaque jaune n'occupe que la couche grise corticale. Elle est située exactement en face de la pariétale ascendante.

Les poumons ne présentent rien de particulier, un peu de congestion et d'œdème surtout marqués à droite. Au sommet gauche, adhérences, tubercules crétaqués.

Les reins sont durs, violacés. Leur surface est couverte de cicatrices ; ils se décortiquent assez difficilement. La couche corticale est un peu amincie. Une petite quantité de pus dans le bassin. Cœur très volumineux, 17 onces, plaques laiteuses ; pas de myocardite.

Foie muscade.

Ainsi, d'après la vérification anatomique, nous avons été en présence d'une hémiplégie sous la dépendance d'un épanchement séreux intra-cranien, de cette apoplexie séreuse des anciens, sur laquelle M. Raymond, puis MM. Chantemesse et Tennesson ont récemment attiré l'attention.

Quant à la déviation de la langue, elle était évidemment sous la dépendance du ramollissement cortical constaté à gauche, lequel devait influencer, d'une façon directe ou indirecte, l'extrémité postérieure du centre des mouvements de la langue que l'on place, ordinairement sur le pied de la frontale ascendante, immédiatement en face de notre lésion, de l'autre côté de la scissure de Sylvius.

Est-ce vrai que l'homme venu sur la terre avec sa loi de mort porte forcément en lui le germe morbide, cause de sa destruction fatale ?

L'intoxication thyroïdienne amène la suppression des règles, et des aménorrhées de plusieurs mois surviennent chez des personnes qui suivent ce traitement pour se faire maigrir.

Le *cellulogène*, introduit dans l'organisme, se transforme, suivant le principe de l'équivalence, en mouvement, en puissance nerveuse qui domine les synthèses de la nutrition et favorise les réserves, les *dépôts* de potentiels d'énergie et par conséquent la résistance organique.

CODE DEONTOLOGIQUE

I.—Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes et, par conséquent, en observant, vis-à-vis les uns des autres, les plus grands égards, soit en actions, soit en paroles.

II.—Tout médecin appelé près d'un malade traité par un confrère doit, à défaut de ce dernier, se borner à procurer les médicaments et soins nécessaires pour parer aux besoins du moment. Il s'abstiendra de toute réflexion sur la médication suivie.

III.—Il ne devra continuer à voir le malade que s'il est appelé de nouveau en consultation, ou avec l'assentiment du médecin traitant.

Dans le cas où le malade, après de fortes remontrances du médecin appelé en second lieu, refuserait formellement de recevoir les soins du premier médecin, le nouvel appelé ne devra accepter qu'après s'être assuré que le premier médecin est complètement désintéressé.

IV.—Le médecin appelé en consultation s'abstiendra auprès du malade et de son entourage de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin traitant. Le consultant ne devra apporter de changement dans le traitement, tant dans le fond que dans la forme, que dans le cas de vraie nécessité.

La consultation ayant lieu à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole dite en dehors pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants est répréhensible.

Le traitement indiqué par les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire. C'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et opérations décidés en commun, à moins qu'il ne charge de ce soin un confrère.

V.—Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé de nouveau ou autorisé par le médecin traitant.

VI.—Nul ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement un malade traité par un confrère.

VII.—Dans le cas où un médecin de société est appelé à visiter un malade qui demande un médecin de son choix, il doit se borner à faire les certificats qui lui sont requis et à s'assurer que le sociétaire exécute les prescriptions qui lui sont faites.

VIII.—Tout médecin doit accepter en consultation celui qui est proposé par la famille, à la condition que ce consultant soit diplômé et pratique son art honnêtement et conformément aux convenances professionnelles.

Toutefois, le médecin traitant a le droit d'appeler un consultant de son choix en cas de désaccord.

IX.—Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner des conseils à tous ceux qui les réclament.

VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES INCOERCIBLES ARRÊTÉS PAR LA DILATATION PROLONGÉE, SANS MENACE D'AVORTEMENT

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, ayant eu deux grossesses antérieures, la première conduite à terme ; la seconde, interrompue artificiellement, au 7^e mois, en raison de vomissements incoercibles qui mettaient sa vie en danger.

Le 9 janvier 1901, le docteur est appelé auprès d'elle et la trouve dans l'état suivant : La malade est d'une maigreur squelettique, pâlie, d'une faiblesse excessive, pouvant à peine se mouvoir dans son lit, la peau chaude, le pouls très rapide et très faible, en proie à des nausées continuelles et rejetant aussitôt tout aliment liquide ou solide. Elle vomit ainsi, depuis quatre semaines, absolument tout ce qu'elle ingère. Elle se dit enceinte, est en mesure de préciser la date exacte de la fécondation, qui remonte à 40 jours environ, et ne dissimule pas, du reste, la contrariété qu'elle en éprouve. Le col est légèrement ramolli, mais l'utérus n'est pas très gros.

Pendant cinq jours, on essaye divers traitements : opium, vésicatoire épigastrique, lavements alimentaires, chloroforme, etc. Devant l'insuccès de ces moyens, et la situation devenant tout à fait alarmante, on songe à provoquer l'avortement et on me prie de donner mon avis. Après avoir vu la malade, le 14 janvier, et la considérant comme en danger prochain, je ne puis qu'appuyer son projet et, après avoir rédigé une consultation motivée, nous prenons rendez-vous pour le lendemain afin d'introduire une laminaire pour dilater le col, au risque, prévu, de provoquer l'avortement.

Une laminaire est donc introduite le 14, aseptiquement et

facilement, dans la cavité utérine, et le vagin est tamponné à l'iodoforme. Pendant 24 heures, les vomissements cessent et la malade s'alimente un peu. Devant ce résultat et en l'absence de toute contraction utérine, on retire la laminaire le lendemain et on fait un simple pansement vaginal. Les vomissements reprennent aussitôt et durent toute la journée ; alors, le 17, deux laminaires sont introduites aussi haut que possible : Les vomissements cessent encore et la journée est bonne : nulle contraction utérine n'est perçue, nul écoulement sanguin ne se manifeste, de sorte que, vu encore le volume peu considérable de l'utérus, nous doutons de la réalité de la grossesse. On laisse de nouveau la malade sans laminaire, pendant une journée et les vomissements recommencent. Fort de cette contre-preuve, on dilate de nouveau très largement, allant progressivement jusqu'à introduire dans l'utérus 5 tiges que nous laissons en place pendant 3 jours. Les vomissements ont cessé dès la reprise de la dilatation et ne se reproduisent plus lorsque, à partir du 23, on cesse la dilatation. La malade s'alimente, reprend des forces et de l'embonpoint. A aucun moment, il n'y a eu menace d'avortement.

Le 9 février on quitte la patiente en très bon état, convaincu, malgré ses affirmations qu'il s'agissait simplement d'un spasme de l'orifice interne avec réflexes gastriques. Mais la malade avait raison, car après une bonne fin de grossesse, elle accouchait 7 mois $\frac{1}{2}$ plus tard d'un enfant à terme et parfaitement constitué.

Ce cas n'est pas extraordinaire, puisque la dilatation du col est conseillée comme un des traitements des vomissements incoercibles de la grossesse et que, d'autre part, cette dilatation ne doit pas fatalement entraîner l'avortement. Néanmoins, les choses ont été, ici, poussées à l'extrême : la dilatation a été faite avec des tiges pénétrant bien au delà de l'orifice interne, a duré 8 jours, avec deux journées d'interruption seulement, et a atteint, pendant 3 jours consécutifs, le calibre d'un faisceau de 5 tiges d'assez fort volume. Or, les vomissements se sont arrêtés définitivement et il n'y a eu ni hémorragie ni contraction utérine. Ce double résultat satisfaisant à constater n'est pas moins intéressant à signaler.

Dr ELLE.

REPONSES SUCCINCTES AUX CORRESPONDANCES
RESUMÉES

Quelle est la composition du sérum de Trueneck préconisé contre l'artério-sclérose et son mode d'emploi.

DR D.

Le sérum de Trueneck a pour formule :

Sulfate de soude .. 0 gr. 44
Chlorure de sodium .. 4 gr. 92
Phosphate de soude .. 0 gr. 15
Carbonate de soude .. 0 gr. 21
Sulfate de potasse .. 0 gr. 40
Eau distillée.. . . Q. S.
pour 100 grammes.

Ce sérum représente la composition des sels alcalins du sérum normal sanguin, mais en solution dix fois plus concentrée. Leurs proportions respectives en sont rigoureusement observées.

Mode d'emploi. — 2 centimètres cubes en injections hypodermiques tous les deux jours, augmenter graduellement jusqu'à 5 centimètres cubes sauf dans les cas où la douleur est trop forte.

En lavements à dose de 35 centimètres cubes. Ce sérum est applicable à la sclérose des gros vaisseaux, à la cachexie artérielle et au rhumatisme chronique.

Pouvez-vous me dire combien il y a de médecins dans la Province d'Ontario et l'île du Prince Edouard.

DR F.

La Province d'Ontario compte 2,300 médecins et l'île du Prince-Edouard 96.

Qu'est-ce que la Pneumine ? Ou peut-on se procurer la yohimbine dont vous avez parlé dans votre dernier numéro ?

DR B.

La Pneumine est le résultat de la combinaison de la formaldéhyde sur la créosote, c'est une poudre jaunâtre, insipide, inodore et insoluble dans l'eau. On l'emploie contre la tuberculose à la dose de 8 à 30 grains par jour. Son emploi peut être de longue durée sans aucun inconvénient. La yohimbine est un produit de la maison ; Chem. Fabria, Guestrow.

Pour terminer une discussion voulez-vous être assez bon de me dire ce que l'on entend généralement par douche écossaise ?

DR J.

C'est une douche chaude commencée à 86° Fahrenheit (30° Centigrade) et portée progressivement à 95°, 104°, 113° Fahrenheit (35°, 40°, 45° centigrade) et suivie immédiatement d'un jet froid très court.

Le traitement de l'alcoolisme chronique par l'Adipsonne a-t-il donné de bons résultats, connaissez-vous quelques médecins qui l'ont employé.

DR V.

On rapporte plusieurs guérisons d'alcoolisme au moyen de ce traitement ; en vous adressant à M. J. P. Coutlée, No 1345 rue Ontario, Montréal, on vous dira le nombre de cas guéris et le nom des médecins traitant.

INTERETS NATIONAUX ET PROFESSIONNELS

LE CONGRÈS DE QUÉBEC.

*Concevoir grand.**Vouloir le bien.**Faire le mieux.*

Nos confrères de la ville de Québec ont conçu le grand projet d'une "Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord" et veulent ainsi rallier et concentrer les forces vives de la nation. Pour mieux atteindre ce but et ménager avec prudence toutes les susceptibilités nationales de nos amis d'origine anglaise, irlandaise ou autre, nous avons proposé que le prochain congrès de Québec soit baptisé du nom de : "L'Association des médecins canadiens de l'Amérique du Nord", et nous avons demandé que la première clause de la constitution de cette société statue : que la langue FRANÇAISE soit reconnue comme étant la langue officielle des congrès.

Les nombreux témoignages d'approbation reçus de toutes parts démontrent que nous avons été l'écho d'un sentiment général. Dans un temps où de grandes questions de principes politiques agitent notre pays, nous ne pouvons soulever une question scientifique particulièrement internationale sans toucher à de délicates relations nationales extrêmement tendues. Au moment où de savants patriotes français viennent de répandre à travers le monde et de semer sur notre sol, l'amour de la parole et de l'idée française, de quelle manière plus efficace pouvons-nous féconder cette végétation nouvelle, de quelle manière plus efficace pouvons-nous propager les connaissances de la langue française qu'en invitant à nos congrès des confrères canadiens de toutes les langues qui viendront chez nous faire des communications en langue française, comme nous allons chez eux présenter des travaux en langue anglaise.

Puis au point de vue national, nos excellents amis de Québec savent bien quels sont ceux des États-Unis qui répondront à leurs appels, et si les résultats couronnent les efforts en ce sens, des autorités compétentes nous affirment que le gouvernement de la province de Québec ne restera pas indifférent au dévouement de "L'Association des médecins canadiens de

l'Amérique du Nord" qui réussira à grouper sur la terre natale des patriotes revenant partager nos études et constater les changements opérés, les progrès accomplis depuis leur départ au sombre jour de la désespérance.

En réponse à notre proposition justifiée, notre savant confrère de Québec, dans l'estimable journal le *Bulletin Médical de Québec* No 6, écrit :

"Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler au *Montréal-Médical* qu'une institution semblable à celle qu'il propose existe déjà dans la "Canada Medical Association".

Nous sommes surpris de voir que l'on confond cette société anglaise exclusivement locale, avec celle que nous avons l'honneur de proposer qui sera *canadienne par essence et française en principe*. Il suffit de regarder au-delà de nos frontières les 1,100 médecins canadiens qui ne sont jamais invités aux réunions de la "Canada Medical Association", pour se convaincre que nos aimables confrères de Québec créeraient une société qui n'existe pas encore en fondant une "Association des médecins canadiens de l'Amérique du Nord".

D'ailleurs l'objection citée ne jaillit pas de la source d'une profonde conviction, car l'auteur, à la fin de son article, en a reconnu la différence puisqu'il ajoute : "Nous ne pouvons terminer sans dire au *Montréal-Médical*, notre zélé et patriotique confrère de la grande métropole, que nous nous plaignons à reconnaître le bon esprit et le sentiment de l'intérêt commun qui ont inspiré ses remarques ; qu'il veuille bien croire que le comité lui saura gré de ses suggestions comme de sa fervente et sincère adhésion à l'ensemble du projet."

Nous remercions beaucoup notre distingué confrère de ces nobles paroles qui nous inspirent la plus grande confiance au succès de notre juste cause.

A l'occasion des noces d'or de l'Université Laval de Québec, on a voulu organiser une grande fête de famille, on a élaboré rapidement le projet d'un splendide banquet médico-scientifique, mais nous aimons à croire que le 25 juin prochain, la direction éclairée nous présentera des idées mûries, propres à faire naître chez nous un vif enthousiasme, chez nos confrères d'origine étrangère, une profonde sympathie, et chez tous nos compatriotes un sentiment de légitime fierté nationale.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENTE DE M. LE PROFESSEUR DEMERS.

Séance du 18 Mars 1902.

M. MARIEN présente un volumineux sarcome enlevé chez une femme âgée de 37 ans, qui nécessita l'hystérectomie abdominale. Cette tumeur s'était développée librement dans la cavité utérine en respectant le muscle utérin. Trois interventions partielles antécédentes avaient été suivies de récidives ; la malade peut maintenant espérer une guérison complète. M. Marien rapporte aussi l'histoire d'une vierge âgée de 26 ans qui souffrait depuis une année, à différentes périodes, de crises douloureuses siégeant dans la fosse iliaque droite. A cause des trois grands symptômes suivants : *douleur localisée, hyperesthésie cutanée, défense musculaire* le diagnostic d'appendicite fut fait par deux confrères et l'intervention chirurgicale conseillée. L'opération montra un appendice normal mais un ovaire scléro-kystique qu'on nous présente. Cette lésion avait été le diagnostic probable du chirurgien, lors de l'examen de la malade.

M. MONTPETIT (de Rigaud) parle de la hernie étranglée qui, autrefois, était le cauchemar des médecins de la campagne. Jamais un médecin allait voir un de ces malades sans apporter un certificat de décès. Il fait l'histoire d'un cas qu'il allait opérer lorsque son malade étant sous l'influence du chloroforme, il réussit à réduire la hernie par le taxis, cependant une péritonite aiguë se déclara et le malade mourut quelque temps après. Il fut impossible de faire l'autopsie.

M. O. F. MERCIER attribue la mort à la réduction en masse de la hernie et à la persistance de l'étranglement intestinal ; pour éviter ces accidents il faut intervenir plus tôt. "Une hernie, dit-il, n'a plus le droit d'exister."

M. LASNIER croit que la gangrène de l'intestin fut la cause de la péritonite septique et mortelle, car M. le docteur Montpetit fut appelé que neuf heures après le début de l'étranglement.

M. LECAVELIER fait observer qu'à la Société de chirurgie de Paris et de Lyon, on vient de rapporter plusieurs cas de péritonite généralisée traités avec succès par la laparotomie, et ajoute que l'intervention chirurgicale n'étant pas le traite-

ment de choix de toutes péritonites, elle est cependant spécialement indiquée lorsque cette maladie survient à la suite de la réduction d'une hernie par le taxis.

M. LESAGE demande si l'on doit conseiller l'opération à tous les porteurs de hernie.

M. O. F. MERCIER est d'opinion qu'il faut intervenir chez tous ces sujets si l'état constitutionnel ne présente aucune contre-indication. Sa statistique personnelle de 200 opérés ne compte que deux décès. Il décrit la méthode de Bassini, insiste sur l'importance de débrider largement le canal, de rétrécir l'anneau interne et de placer les sutures profondément dans le petit oblique. Avec ce mode opératoire, dit-il, la récurrence n'est plus à craindre.

M. le professeur GAUTHIER, d'Upton, fait une étude élaborée sur l'administration de la digitaline ; la dose, son action, ses contre-indications et son effet thérapeutique. Il parle de l'étiologie, de la néphrite aiguë et de son traitement par la saignée, les purgatifs, la pilocarpine, les ventouses, il rejette l'emploi des diurétiques et de la digitaline ; les premières comme trop irritantes pour les reins et la digitaline comme trop dangereuse pour le cœur ; action d'autant plus funeste que nous ne connaissons pas d'antidote à ce médicament.

M. MONTPETIT ayant administré la digitaline à une malade affectée d'une néphrite aiguë croit que c'est un remède précieux et que sa malade qui a succombé n'a présenté aucun symptôme d'empoisonnement. Il est opposé au traitement local tant au moyen des ventouses que par la révulsion.

M. LECAVELIER parle en faveur des ventouses et de la révulsion locale, traitement d'autant plus favorable que l'inflammation est bien localisée. Les bons effets de cette thérapeutique dans certaines affections pulmonaires doivent nous engager à traiter la néphrite par cette méthode. Il considère la digitaline comme dangereuse à cause de sa transformation dans l'économie en digitoxine et préfère l'infusion de digitale, le strophantus ou la spartéine.

M. GAUTHIER ayant fait une thèse sur la digitale, dit qu'il ne connaît pas la différence qui existe entre la digitaline et la digitoxine. La digitale n'ayant aucun effet sur un rein normal, la digitaline est contre-indiquée dans la néphrite aiguë.

M. LASNIER dans une étude approfondie sur les *perforations*

intestinales, en décrit les causes, la nature et le traitement. Il conseille l'intervention chirurgicale dès les premières heures de l'accident si le traitement médical n'a produit aucune amélioration. Tout médecin, dit-il, doit être capable de faire une suture intestinale, car les perforations sont dans le domaine de la chirurgie d'urgence.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR DEMERS

Séance du 8 avril 1902

M. VALIN après avoir présenté à la société, l'année dernière, un malade souffrant de la lèpre, nous présente le père atteint de la même maladie. Congestion, anesthésie, atrophie de l'éminence thénar, paralysie des extenseurs, hypertrophie du cubitale, il nous montre chez son patient tous les symptômes caractéristiques de la lèpre. Le fils traité avec l'huile de chaulmoogra a guéri ; espérons, dit-il, que ce traitement guérisse le père.

M. ALP. MERCIER trouve que dans ce cas-ci, la contagion de la lèpre paraît évidente.

M. DURBÉ demande s'il ne serait pas utile d'isoler tous ces malades.

M. VALIN croit que cette affection est de nature bacillaire et contagieuse ; mais il distingue différentes sortes de lèpre dont la contagiosité varie selon la virulence de l'affection, le terrain ou la race.

M. ALP. MERCIER présente une pièce très intéressante de fracture de la colonne vertébrale, portant sur la 12^{ème} vertèbre dorsale, survenue chez un charretier qui mourut à l'hôpital quelques jours après l'accident. Il fait l'étude du mécanisme de ces fractures et rapporte le résultat des expériences faites avec des cadavres.

M. MARIEN se prononce en faveur d'une intervention rapide dans tous les cas semblables afin d'enlever les esquilles comprimant la moelle, avant d'attendre une destruction de la cellule nerveuse.

M. O. F. MERCIER fait observer que théoriquement parlant M. Marien a raison, il faut opérer, mais la clinique nous enseigne le contraire, car l'extension, l'immobilisation et la contention donnent de meilleurs résultats. Dans le cas présent on est

intervenir et le malade est mort en peu de temps, il aurait peut-être vécu six mois avec l'autre traitement ; la mort par altération de la moëlle épinière est une mort à longue échéance.

M. MOXOD rapporte deux observations de luxation et de réduction immédiate des vertèbres cervicales, survenues chez deux personnes qui sont mortes six mois après le traumatisme. Lorsque la moëlle est touchée, ajoute-t-il, la mort paraît inévitable. Dans les cas de fracture, il conseille l'expectation armée.

M. PLAMONDON donne lecture d'un travail sur la *nature et le traitement* du zona. Il attribue l'étiologie à une altération des vaisseaux capillaires et à une lésion vaso-motrice, parle spécialement du zona ophthalmique et préconise le sulfate de quinine comme seul traitement.

M. LÉCAVELIER fait remarquer qu'en décrivant la théorie de M. le professeur Abadie, M. Plamondon a oublié de nous dire qu'elle était la cause de ces altérations des vaisseaux et des troubles vaso-moteurs du nerf grand sympathique. M. Landouzy soutient que le zona est une maladie infectieuse et qu'une première attaque immunise d'une seconde. Il cite M. Debove qui démontre clairement le contraire (voir page 56) et termine en rapportant le cas d'une femme de 51 ans qui, après avoir donné les soins à son fils, mort de tuberculose, fut prise d'un zona siégeant sur le trajet des cinquième et sixième nerfs intercostaux gauches. Après la guérison du zona par le traitement local seul, à la résorcine, bismuth et au traumatol, la malade eut des signes de tuberculose au sommet gauche et une hémoptysie ensuite. Le zona est-il un prodrome de la tuberculose, avant d'avoir une germination pulmonaire du bacille de Koch, avons-nous une toxémie des centres nerveux ?

M. VAIN voit dans le zona ophthalmique ou thoracique une affection inflammatoire des nerfs périphériques due à la présence de certaines toxines dans l'économie.

M. le professeur LAMARCHE fait une communication très importante touchant un cas de dystocie chez une jeune fille portant un bassin oblique-ovalaire, non de cause rachitique, mais étant le résultat d'une coxalgie double, arrivée à l'âge de deux ans et dont l'un des fémurs luxé avait entraîné le développement anormal de bassin. L'ankylose coxofémorale était complète. M. le professeur donne les diamètres de la tête de

l'enfant et ceux du bassin et les raisons qui ont nécessité la provocation de l'accouchement au septième mois au moyen de la dilatation rapide du col et du tamponnement à la gaze iodoformée. Le travail se fit sans complication et une seconde application de forceps amena un enfant bien portant qui malheureusement, sans couveuse, n'a pu être conservé à la vie.

M. le professeur demande si dans ces cas l'opération césarienne est préférable à l'accouchement provoqué.

M. DUBÉ est d'opinion que l'opération césarienne est plutôt indiquée dans une maternité bien organisée, mais en clientèle privée ou à la campagne il aurait provoqué l'accouchement.

M. DE COTRET parle en faveur de l'accouchement provoqué à la date la plus reculée possible qui est limitée selon les développements de la tête de l'enfant et les diamètres du bassin. La mortalité par l'opération césarienne, dit-il, étant plus élevée que par l'accouchement prématuré provoqué, nous devons autant que possible préférer cette dernière intervention.

M. ALP. MERCIER cite M. Pinard qui, dans ce cas, aurait fait, non pas l'opération césarienne, mais celle de Porro, et dit que M. Budin aurait provoqué l'accouchement et conservé l'enfant vivant avec la couveuse, et se prononce en faveur de l'opération césarienne lorsque la malade peut recevoir tous les soins requis.

M. DEMERS résume le débat, rappelle qu'il a eu des succès avec l'accouchement provoqué, mais dans ce cas il aurait attendu pour faire l'opération césarienne.

NOUVELLES

Mardi, le 2 avril 1902, le comité de Montréal s'occupant de l'organisation de "l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord", apportait une heureuse amélioration au mode de procédure en convoquant *officiellement* et *personnellement*, à l'Université Laval, tous les *médecins français* de la ville de Montréal.

L'assemblée eut lieu le 4 avril et fut présidée par M. le docteur E. P. Lachapelle, qui remercia les membres de l'avoir choisi comme vice-président du congrès à une réunion précédente. Il expose le but de l'assemblée, parle des difficultés

que présente une nouvelle organisation, développe l'idée d'intérêt général que nous procureront ces congrès, et fait appel à tous les médecins pour travailler de concert au succès de cette première convention française où personne n'aura raison de se récuser à cause de la langue.

M. le docteur LeSage, secrétaire général du district de Montréal, nous donne le résultat des élections faites à Québec, et nous invite à compléter la liste des officiers pour les quatre sections du congrès.

M. le docteur LeCavelier constate avec plaisir la générosité de nos confrères de Québec, laissant à la disposition du district de Montréal, un aussi grand nombre de places d'honneur, approuve hautement la recommandation de ne pas oublier les médecins de la campagne, et regrettent beaucoup que M. le secrétaire général du district de Montréal n'ait adressé aucune invitation aux médecins de la campagne, ou aux sociétés sœurs, ou encore à ceux que l'on désirerait choisir comme officiers, afin de s'assurer de leur concours actif.

M. le professeur Mignault demande la formation d'une cinquième section devant s'occuper des travaux sur la chimie, la physiologie et l'anatomie.

Les élections donnèrent le résultat suivant :

CHIRURGIE

M. le docteur Ahern, *Président*.

M. Foucher, Montréal ; M. Camirand, Sherbrooke ; M. Normand, Trois-Rivières, *Vice-Présidents*.

M. O. F. Mercier, Montréal ; M. Daignault, Québec, *Secrétaires*.

GYNÉCOLOGIE (obstétrique et pédiatrie)

M. le docteur Prévost, d'Ottawa, *Président*.

M. Brennan, Montréal ; M. Grondin, Québec ; M. Harwood, Montréal, *Vice-Présidents*.

M. Boucher, Québec ; M. de Cotret, Montréal, *Secrétaires*.

MÉDECINE

M. le docteur Demers, *Président*.

M. Turcotte, Québec ; M. Dubé, Montréal ; M. Cartier, Ste-Madeleine, *Vice-Présidents*.

M. Valin, Montréal ; M. Verge, Québec, *Secrétaires*.

HYGIÈNE ET INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

M. le docteur E. P. Lachapelle, *Président*.

M. Pelletier, Sherbrooke ; M. Desroches, Montréal ; M. Sirois, St-Ferdinand d'Halifax, *Vice-Présidents*.

M. Prévost, Montréal ; M. Faucher, Québec, *Secrétaires*.

Tout médecin de *langue française* qui désire devenir membre du Congrès médical de Québec, qui aura lieu les 24, 25 et 26 du mois de juin 1902, est prié d'adresser sa contribution de \$3.00 à M. le docteur Marois, Québec, ou à M. le docteur Cléroux, 1105 rue Ontario, Montréal.

L'œuvre de la *Goutte de lait* vient de fermer ses portes ; il est bien malheureux que les pauvres petits enfants habitués à boire du bon lait soient obligés de retourner s'alimenter de lait... fourni par aucune vache.

L' "Association médicale canadienne et protectrice" est appelée à défendre un de ses membres de la province d'Ontario, accusé d'avoir mal réduit une fracture de la jambe. Comme les ressources du trésor sont limitées et que les dépenses d'un tel procès sont élevées, l'Association demande à tous les médecins du Canada de s'enrôler sous son drapeau pour défendre les droits de notre profession. Contribution : deux piastres.

M. le Dr Pfeiffer, de Boston, anti-vaccinateur convaincu, est dangereusement malade de la variole.

Le Collège des médecins de la ville de Philadelphie offre une récompense de \$500 pour le meilleur travail sur "Les relations qui existent entre la suppuration chronique et les différentes formes d'anémie" ; et notre Collège..... offre la licence à ceux qui la demande.

La ville de Toronto va dépenser \$50,000 pour tenter la guérison de ses tuberculeux et enrayer la propagation de cette maladie. A Montréal on parle d'ouvrir un nouveau cimetière et de fonder un four crématoire dans l'intérêt des victimes de la tuberculose qui augmentent chaque jour.