

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

Canadiana.org a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers / Couverture de couleur
- Covers damaged / Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated / Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing / Le titre de couverture manque
- Coloured maps / Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) / Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations / Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material / Relié avec d'autres documents
- Only edition available / Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion along interior margin / La reliure serrée peut causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la marge intérieure.
- Additional comments / Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated / Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed / Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies / Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials / Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from scanning / Il se peut que certaines pages blanches ajoutées lors d'une restauration apparaissent dans le texte, mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas été numérisées.

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences  
accessories.

VOL. V. MONTREAL, FEVRIER 1891.

No 2.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### **Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli.**

(L'ÉLECTROLYSE UTÉRINE.)

Par le docteur LAFOREST de Montréal.

Je n'ai aucune intention de faire ici, l'histoire de la méthode d'Apostoli. Il y a déjà une foule d'écrits sur ce sujet. Je désire simplement apporter à son appui les quelques observations suivantes fruits de mon expérience de quelques mois, seulement avec la méthode. Mais avant de donner ces observations je me permettrai de citer quelques paroles d'Apostoli lui-même, et celles d'un de ses plus forts adhérents, le célèbre Keith l'un des meilleurs sinon le premier laparatomiste de l'univers entier.

Apostoli dit " si mon traitement électrique des fibromes utérins n'est pas destiné à remplacer totalement le couteau, il doit toujours être considéré, en raison de son innocuité et de son efficacité comme le plus utile auxiliaire de la chirurgie, soit qu'il soulage toutes les femmes inopérables, soit qu'il permette à toutes les autres de surseoir d'une façon temporaire ou même définitive, à une opération qui a toujours ses dangers. J'affirme de plus que ma méthode est presque constamment efficace, en tant que méthode symptomatique. Le traitement électrique a pour résultat, non pas la cure radicale des fibromes, mais

la diminution de volume des tumeurs, et la guérison symptomatique des malades auxquelles il rend la santé.

En présence de l'hystérectomie toujours difficile et dangereuse, de l'ooporectomie, qui n'est ni toujours possible, ni contammment efficace, le traitement électrique par sa simplicité et son innocuité, s'impose à tous les gynécologues comme traitement palliatif initial des fibromes, traitement qui, le plus souvent sera suffisant pour assurer à la malade un bien être permanent.

"J'estime, qu'en y comprenant ma pratique, il a été soigné, depuis quatre ans, selon toute probabilité, et d'après ma méthode, tant en Angleterre qu'en Amérique plus de *douze cents* fibromes, sur lesquels on a du faire, au bas mot *vingt cinq mille* applications électriques, puisque Keith et moi, nous en avons déjà fait plus de *dix mille*.

Que l'on compte maintenant les morts ; je ne crois pas qu'ils dépassent en tout—dix—et je me demande s'ils sont directement imputables à la méthode et ne sont pas plutôt, comme j'en suis convaincu, les conséquences de l'inexpérience et des fautes de l'opérateur, car c'est une opération encore jeune, qui est née d'hier, perfectible comme toutes les choses humaines et qui n'est qu'à ses débuts... Quand la laparotomie aura une telle benignité, je renoncerai à ma méthode.

Et le célèbre Keith dont les paroles ont été appuyées de Sir Spencer Wells dit-à son tour. "Le succès, tout au moins primordial, du traitement d'Apostoli, est un grand fait que j'accepte *toto animo*.

"Je me considérerais comme coupable d'un acte criminel, si je conseillais désormais à une malade de courir le danger de mettre sa vie en péril, par les anciennes méthodes, avant de s'être entièrement soumise au nouveau traitement du Dr Apostoli."

#### OBSERVATION I.

Mad. M., Montréal, âgée de 40 ans.

Réglée à 13 ans. Mariée à 24 ans. Cinq enfants âgés respectivement de 14, 8, 5, 4 et 2 ans. Une fausse couche avant la naissance du quatrième enfant. Elle a joui d'une santé excellente jusque vers l'année 1882, époque à laquelle est né son deuxième enfant. A cet accouchement elle eut une hémorragie post-partum qui fut arrêtée avec difficulté. La même chose se renouvela à chaque accouchement subséquent. Entre le temps de ses grossesses, elle eut des hémorragies fréquentes. Depuis la naissance de son dernier enfant, l'hémorragie dure presque tout le temps. Elle est à peine huit à dix jours par mois exempte de pertes. Elle a des douleurs incessantes qui l'empêchent de dormir.

Elle souffre de constipation et de dysurie.

Il y a deux ans elle vit un chirurgien qui fit le diagnostic de cancer utérin.

Plus tard elle consulte un spécialiste qui trouve un corps fibreux et conseille une opération comme seul moyen certain de guérison. En 1889, elle se confie à ses soins et passe quatre mois à l'hôpital. Elle est ensuite renvoyée sans opération, le chirurgien ayant jugé celle-ci impossible.

Quatre mois plus tard, le 7 mai 1890, elle vient me consulter. Au moment de l'examen, elle perd beaucoup, elle perd ainsi depuis deux mois. Le fibrome remplit la cavité du petit bassin et paraît être partout adhérent. Il y a une grande déchirure du col qui est ulcéré du côté de la déchirure, le reste du col est très dur.

Après l'avoir examinée, je prescris quelques remèdes et un repos absolu. A la fin de mai, l'hémorrhagie n'étant pas arrêtée, ni même modérée, je la fais revenir chez moi.

Mai 29.—1<sup>e</sup> Galvano-caustique chimique positive intra-utérine, en pleine hémorrhagie, 100 milliamp., 5 minutes.

Juin 2.—2<sup>e</sup> Galv. caust. chim. posit. 150 milliamp. 5 minutes.

Juin 6.—Hémorrhagie supprimée après la 2<sup>e</sup> Galv.

“ 3<sup>e</sup> Galv. posit., 175 milliamp, 5 minutes.

“ 9.—4<sup>e</sup> “ “ 170 “ “

“ 12.—5<sup>e</sup> “ “ 170 “ “

“ 16.—6<sup>e</sup> “ “ 175 “ “

“ 19.—1<sup>e</sup> Galv. négat. 150 “ “

“ 23.—2<sup>e</sup> “ “ 160 “ “

“ 26.—3<sup>e</sup> “ “ 175 “ “

La malade dit qu'elle n'a pas été aussi bien depuis huit ans. Elle n'a plus de douleurs; l'intestin et la vessie fonctionnent bien. La tumeur a déjà beaucoup diminué et l'hémorrhagie reste supprimée. Le col a bien mauvaise mine, on dirait qu'il est le siège de maladie maligne. Après l'avoir mis à nu, j'applique un électrode en charbon sur la surface ulcérée. Galv. posit. 60 milliamp. 5 minutes. L'opération est douloureuse, mais supportée courageusement par la malade.

Juin 30.—4<sup>e</sup> Galv. négat. 200 milliam. 5 minutes.

Juillet 7.—Règles sans douleurs et peu abondantes terminées hier, durée 6 jours.

7<sup>e</sup> Galv. posit. 200 milliamp. 5 minutes.

“ 17.—5<sup>e</sup> “ négat. 200 “ “

“ 21.—2<sup>e</sup> “ posit. sur le col, 60 milliamp.

L'opération aussi douloureuse que la première.

“ 24.—Galv. négat. 200 milliamp. 5 minutes.

“ 28.—7<sup>e</sup> “ “ 180 “ “

Août 11.—Règles commencées le 29 juillet, terminées le 3 août, sans douleurs. La malade n'est pas aussi bien. Ses enfants sont tous malades de la rougeole, elle est obligée de travailler beaucoup et passe une partie de ses nuits blanches.

7<sup>e</sup> Galv. posit. 180 milliamp. 5 minutes.

Août 28.—Une hémorragie s'est déclarée le 16 à la suite de fatigue. La chaleur de ces jours derniers a dû y contribuer aussi.

8<sup>e</sup> Galv. posit. 180 milliamp. 5 minutes.

Sept. 1.—L'hémorragie supprimée depuis le 29, le lendemain, de la dernière galv.

9<sup>e</sup> Galv. posit. 200 milliamp. 5 minutes.

Sept. 4.—La malade est bien rétablie et se dit très bien.

10<sup>e</sup> Galv. posit. 190 milliamp. 5 minutes.

Sept. 8.—Mes craintes concernant l'état du col sont maintenant dissipées, il est en bonne voie de guérison.

8<sup>e</sup> Galv. négat. 180 milliamp. 5 minutes.

Sept. 28.—9<sup>e</sup> Galv. négat. 190 milliamp. 5 minutes.

Sept. 29.—Règles sans douleurs terminées hier après une durée de 4 jours seulement.

10<sup>e</sup> Galv. négat. 200 milliamp. 5 minutes.

Nov. 16.—La malade a eu des règles normales au mois dernier. Madame se dit parfaitement bien, elle mangé bien, dort bien. Elle peut s'occuper de l'ouvrage de sa maison sans aide, chose qu'elle n'a pas fait depuis huit ans. Le fibrome n'est pas plus gros qu'une petite orange. Le col est guéri.

Dec. 22.—J'ai vu Mad. M. de nouveau aujourd'hui, la guérison se maintient.

#### OBSERVATION II.

Mad. V., âgée de 33 ans, mariée à 17 ans, réglée à 15, a eu 5 enfants âgés respectivement de 14, 12, 10, 6, 5 ans. Malade depuis 14½ ans.

Il y a deux ans et demie, elle fut prise subitement d'hémorragie qui dura trois semaines. Elle devint mieux durant quelque temps, mais l'hémorragie ne tarda pas à se renouveler très fréquemment jusqu'en février 1889. A cette époque, elle consulta un spécialiste, qui trouva une tumeur et conseilla l'ablation des trompes et des ovaires comme étant le seul moyen sûr de guérison. L'opération eut lieu le 16 du même mois. La malade guérit promptement de l'opération et fut assez bien durant quelques semaines. L'hémorragie se montra peu de temps après et se répéta assez souvent et avec autant d'abondance qu'avant l'opération.

En juin 1890, je suis appelé auprès d'elle par le Dr M. qui l'a sous ses soins depuis longtemps.

Le Dr a employé tous les traitements ordinaires en pareil cas, il a été même obligé de pratiquer le tamponnement à chaque hémorragie. Etat actuel (juin 1890). Femme de taille moyenne, d'une maigreur effrayante, anémique, exsangue, très affaiblie, étant obligée de garder le lit la moitié du temps. Après l'avoir bien examinée, je conseille l'emploi de l'électricité (méthode Apostoli). Le lendemain, elle se rend chez moi en voiture, elle est si faible que je suis obligé de la faire reposer et la renvoyer chez elle, sans l'avoir même examinée.

Juin 19.—La malade revient aujourd'hui. Elle ne peut pas endurer la plus faible dose du courant continu. J'emploie alors la faradisation pendant 10 minutes, fil fin et long électrode bi-polaire d'Apostoli. Après cette faradisation, la malade se dit plus forte et ressent moins de douleurs.

Juin 23.—Nouvelle faradisation comme la première.

“ 26.—Faradisation suivie de 1<sup>e</sup> galv. caust. posit. 40 milliamp. 4 minutes.

L'opération est encore douloureuse. elle n'aurait probablement pas été tolérée si elle n'avait été précédée de la faradisation.

Juin 30.—2<sup>e</sup> Galv. posit. 50 milliamp. 5 minutes.

L'opération est assez bien tolérée.

Juillet 3.—3<sup>e</sup> Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

La malade se dit beaucoup mieux, l'appétit et les forces reviennent, elle dort mieux. Le moral est aussi mieux.

Juillet 7.—La malade vient chez moi à pied pour la première fois, 4<sup>e</sup> Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

La malade n'a pas ressenti de douleurs durant les deux dernières opérations.

Juillet 10.—L'amélioration se continue.

5<sup>e</sup> Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

“ 14.—6<sup>e</sup> “ “ “ “

“ 17.—7<sup>e</sup> “ “ “ “

“ 21.—8<sup>e</sup> “ “ “ “

“ 24.—L'amélioration se continue toujours. Le teint est meilleur, l'appétit est bon, la malade ne ressent plus aucune douleur. Elle engraisse beaucoup.

9<sup>e</sup> Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

Juillet 28.—10<sup>e</sup> Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

Août 4.—Elle n'a pas eu d'hémorragie depuis le commencement du traitement.

11<sup>e</sup> Galv. posit. 100 milliamp. 6 minutes.

Sept. 25.—Mad. V. arrive de la campagne où elle a passé six semaines, on la reconnaît à peine tant elle est bien.

Nov. 20.—La guérison se maintient toujours.

## OBSERVATION III.

Mad A., âgée de 39 ans, mariée depuis 7 ans, pas de grossesses. Régulée pour la première fois à treize ans, pertes peu abondantes d'abord de 3 à 4 jours. Plus tard elles deviennent plus abondantes et de plus longue durée. Depuis quelques années, les règles plus rapprochées encore toutes les trois semaines et même tous les quinze jours avec une durée de dix, douze et parfois quinze jours.

Elle a toujours souffert plus ou moins de dysménorrhée qui augmente à chaque période cataméniale. Du côté gauche de l'utérus, on trouve un fibrome de la grosseur du poing à peu près. Du côté droit, un autre fibrome de la forme et de la grosseur d'une poire.

L'hystérométrie est incomplète. Le col est en haut et à droite, est un peu entr'ouvert. L'hystéromètre ne peut être introduit qu'à un pouce et trois quart.

Mai 16.—1<sup>e</sup> Galvano-caustique chimique intra-utérine positive 50 milliamp. 5 minutes. Sonde en platine. L'hystérométrie étant incomplète, l'opération est mal tolérée.

Mai 22.—2<sup>e</sup> Galv. posit. 45 milliamp. 4 minutes. Opération mal tolérée, même raison.

Mai 26.—3<sup>e</sup> Galv. posit. 45 milliamp. 5 minutes. Opération mal tolérée.

Mai 29.—4<sup>e</sup> Galv. posit. 50 milliamp. 5 minutes, mal tolérée.

Juin 12.—Règles très douloureuses terminées hier après une durée de 8 jours. La malade a été obligée de garder le lit presque la moitié du temps.

5<sup>e</sup> Galv. posit. 40 milliamp. 5 minutes, mal tolérée.

Juin 23.—Le col est plus dilaté, et bien dilatable. Je constate qu'il y a un polype à l'intérieur de l'utérus.

Juin 26.—6<sup>e</sup> Galv. positive, 100 milliampères, 5 minutes.

J'ai pu introduire l'hystéromètre  $2\frac{3}{4}$  pouces, cela m'a permis de donner jusqu'à 100 milliampères et l'opération a été très bien supportée.

Juin 30.—En examinant la malade, je trouve le polype gros comme un œuf de pigeon presque complètement sorti de l'utérus. Je renvoie la malade chez elle sans opération.

Juillet 3.—Ablation du polype par torsion, pédicule très fin.

“ 4.—Température 100.5, l'abdomen est un peu douloureux, injections chaudes antiseptiques.

Juillet 5.—Température 99°, pas de douleurs.

“ 6 —Température normale.

“ 21.—Règles normales et sans douleurs terminées le 19 après une durée de 4 jours.

7e Galvano-positive, 100 milliampères, 5 minutes, opération bien tolérée, hystérométrie 2¾ pouces.

Août 4.—La malade est beaucoup mieux.

8e Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

“ 9e “ “ “ “

“ 11.—10e “ “ “ “

“ 14.—11e “ “ “ “

“ 21.—Règles normales et sans douleurs terminées le 17, durée 4 jours. La tumeur à gauche beaucoup diminuée, pas de changement du côté droit où la tumeur paraît être pédiculisée, elle est mobile; au moyen du bi-manuel on peut la faire tourner.

12e Galv. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

Sept. 4.—13e “ “ “ “

“ 8.—14e “ “ “ “

“ 15.—15e “ “ “ “

“ 18.—16e “ “ “ “

“ 29.—17e “ “ “ “

Oct. 5.—18e “ “ “ “

Tumeur à gauche à peu près disparue, peu de changement à droite. Mad. A. jouit d'une santé parfaite.

1891, janv. 22.—La guérison se maintient toujours.

#### OBSERVATION IV.

Madame M., native de la Hollande, demeurant au Canada depuis 5 ans.

Agée de 64 ans, mariée depuis 35 ans, n'a jamais eu de grossesses, ménopause à 40 ans.

Depuis dix ans, elle a des hémorragies à peu près toutes les cinq semaines, qui se continuent durant trois, quatre et même cinq semaines. Depuis deux ans, elle a été sous les soins de plusieurs médecins. Dans un hôpital de ville, on a essayé l'électrolyse qui lui a causé beaucoup de douleur à chaque séance, les douleurs se continuant même dans l'intervalle. Ce traitement ne lui a fait aucun bien, même elle n'est pas aussi bien qu'avant.

On sent un petit fibrome dans la paroi postérieure de l'utérus. Hystérométrie, 3 pouces.

Mai 19.—Galvano-caustique chimique positive intra-utérine, électrode en charbon, 100 milliampères, 5 minutes.

L'opération est bien tolérée. La malade se repose une demi-heure et retourne chez elle.

Mai 22.—2<sup>e</sup> galv. posit. 100 milliam. 5 minutes.

“ 26.—3<sup>e</sup> “ “ “ “

Juin 2.—4<sup>e</sup> “ “ “ “

“ 16.—Après quatre séances seulement, les douleurs sont entièrement disparues.

1<sup>re</sup> Galv négat. 100 mill ampères, 5 minutes.

Juin 9.—2<sup>e</sup> “ “ 125 “ “

“ 12.—3<sup>e</sup> “ “ 140 “ “

“ 16.—4<sup>e</sup> “ “ 135 “ “

“ 19.—5<sup>e</sup> “ “ 160 “ “

“ 23.—6<sup>e</sup> “ “ 170 “ “

“ 26.—7<sup>e</sup> “ “ 165 “ “

“ 30.—8<sup>e</sup> “ “ 155 “ “

C'est à peine si on peut trouver les traces du fibrome. La malade est très bien, elle est renvoyée chez elle avec instruction de revenir dans un mois ou avant même s'il survenait quelque chose.

Juillet 14.—Je revois la malade. La guérison se maintient.

Août 21.—La malade est toujours bien.

Oct. 16.—Même état de choses.

Dec. 12.—J'ai rencontré la malade ce matin. Elle est parfaitement bien.

1891, Fév. 6.—La malade est examinée aujourd'hui, la guérison se maintient.

#### OBSERVATION V.

Mad. R., née au Canada et demeurant dans l'Etat du Michigan, E. U. depuis nombre d'années. Agée de 42 ans.

Réglée de 13 ans pour la première fois, pertes assez abondantes de 4 à 5 jours.

Mariée à 17 ans, pas de grossesses.

Deux mois avant son mariage, elle commence à souffrir de dysménorrhée. Elle jouit cependant d'une excellente santé durant plusieurs années. Ce n'est qu'en 1875 qu'elle commence à souffrir. Ses règles deviennent alors plus douloureuses.

Les douleurs qui n'apparaissent d'abord qu'à l'époque des règles deviennent ensuite incessantes. Les périodes menstruelles se rapprochent et leur durée se prolonge à un tel point que depuis quelques années elles durent de neuf à douze jours et plus, et la période intercalaire ne dure plus qu'une dizaine de jours, de sorte que pour me

servir de l'expression de la malade elle-même, elle est dans le sang la moitié de l'année.

Elle a consulté plusieurs médecins aux Etats-Unis. Il y a deux ans elle vint consulter plusieurs des meilleurs chirurgiens et spécialistes de Montréal. L'année dernière, elle visita Montréal de nouveau, décidée de subir n'importe quelle opération. Malheureusement ou plutôt heureusement pour elle, ces chirurgiens reculent devant l'opération qu'ils considéraient impossible.

Sur l'avis du Dr M., elle revient de nouveau à Montréal, en septembre 1890, pour me consulter.

*Etat actuel* (24 Septembre 1890.) La malade est de taille moyenne, maigre, le teint est pâle, anémique, facies cachectique.

Les douleurs sont incessantes, l'hémorragie s'accroît toujours. La malade a de la difficulté pour uriner, elle souffre de constipation et d'hémorrhoides. La pesanteur qu'elle ressent dans le ventre et les douleurs qu'elle a dans les jambes, les cuisses et les reins lui rendent la marche difficile pour ne pas dire impossible. Il y a des gonflements douloureux des seins, céphalalgie, manque d'appétit, insomnie, engourdissement dans tous les membres. La malade est épuisée, elle ne se couche que sur le côté droit. Tous les matins elle a des nausées et des vomissements.

L'abdomen est très développé. La tumeur remplit tout le petit bassin et une partie de la cavité abdominale. Elle dépasse l'ombilic de plusieurs travers de doigts, du côté gauche elle repousse les fausses côtes en avant. La tumeur est de forme irrégulière et paraît être partout apparente. Le col est un peu effacé et le canal est tellement contourné qu'on a de la difficulté à y introduire l'hystéromètre.

#### TRAITEMENT.

Sept. 28.—1e Galvano-caustique chimique positive intra-utérine, 100 milliampères, pendant 5 minutes, avec sonde en platine; l'électrode en charbon que je préfère n'ayant pas été introduit. L'opération est bien tolérée et la malade après s'être reposée une demi-heure rentre chez elle.

Sept. 29.—Pas de réaction après la première opération et la malade se dit moins souffrante.

2e Galvano-caust. chim. posit. 100 milliamp. 5 minutes.

Oct. 2.—3e Galv. " " " "

" 16.—Les règles qui ont commencé le 4 pour se terminer le 11 ont été très douloureuses.

4e Galv. chim. posit. 100 milliamp. 6 minutes.

Oct. 20.—La malade se dit beaucoup mieux. Les douleurs sont

diminuées, il n'y a plus de nausées, les selles sont régulières, il y a aussi moins de douleurs pour uriner.

5<sup>e</sup> Galv. posit. 125 milliamp. 5 minutes.

Oct. 23.—6<sup>e</sup> “ “ “ 6 “

“ 27.—7<sup>e</sup> “ “ “ “ “

“ 30.—8<sup>e</sup> “ “ “ “ “

Nov. 6.—Les règles peu abondantes et sans douleurs sont terminées hier, durée cinq jours. La malade dit qu'elle a de la peine à se reconnaître tant elle est bien.

9<sup>e</sup> Galv. posit. 140 milliamp. 5 minutes.

Nov. 10.—10<sup>e</sup> Galv. posit. 160 milliamp. 5 minutes.

“ 13.—La tumeur diminue à vue d'œil, elle paraît plus mobile. Les intestins et la vessie fonctionnent bien. Il n'y a plus d'oppression, pas de douleurs. L'appétit est bon, la marche est facile, la malade se restaure, elle se plaint encore de pesanteur dans le bas-ventre et d'insomnie.

11<sup>e</sup> Galv. posit. 175 milliamp. 5 minutes.

Nov. 17.—Ne craignant plus l'hémorragie, je renverse les pôles.

12<sup>e</sup> Galv. négative électrode en charbon, 125 milliamp. 5 minutes.

Nov. 20.—13<sup>e</sup> Galv. négat. 150 milliamp. 5 minutes.

“ 23.—14<sup>e</sup> “ “ 175 “ “

Dec. 1.—Règles sans douleurs terminées hier, durée 4 jours.

15<sup>e</sup> Galvano négative, 170 milliampères, 5 minutes.

Dec. 4.—16<sup>e</sup> Galv. négat. 170 “ “

Le tumeur a encore beaucoup diminué.

Dec. 9.—17<sup>e</sup> Galv. négat. 165 milliamp. 5 minutes.

“ 12.—18<sup>e</sup> “ “ 175 “ “

L'amélioration se continue, elle dort mieux. La malade va à la campagne pour quelques jours.

1891, Janv. 5.—La malade se dit parfaitement bien, n'ayant jamais été mieux depuis vingt cinq ans, elle a eu des règles normales ces jours derniers.

18<sup>e</sup> Galv. négat. 125 milliamp. 5 minutes.

Janv. 8.—20<sup>e</sup> Galv. négat. 170 milliamp. 5 minutes.

“ 12.—21<sup>e</sup> “ “ “ “ “

La tumeur est de la grosseur d'une orange, la malade étant parfaitement bien demande son congé, mais elle consent à suivre son traitement quelques semaines encore.

Janv. 22.—22<sup>e</sup> Galv. négat. 180 milliamp. 5 minutes.

“ 26.—23<sup>e</sup> “ “ 175 “ “

Fév. 2.—Elle retourne aux Etats-Unis dans quelques jours, guéri et joyeuse.

## OBSERVATION VI.

Mad. J., Montréal, âgée de 36 ans, réglée à 17 ans, mariée à 20 ans a eu un enfant qui est maintenant âgé de 11 ans. Après son accouchement elle a eu des hémorragies presque incessantes durant deux ans. Depuis ce temps-là elle perd du sang à peu près la moitié du temps. A déjà subi un traitement électrique pour fibrôme mais sans amélioration aucune. Le fibrôme qui est sous séreux est à peu près de grosseur et de la forme d'une poire. La malade est anémique, faible, elle souffre beaucoup et fait usage de morphine depuis plusieurs années.

Juin 2.—1<sup>re</sup> Galvanocaustique chimique intra utérine positive électrode en platine, 95 milliamp. 5 minutes.

Juin 6.—2<sup>e</sup> Galv. posit., 90 milliamp. 5 minutes. L'opération n'est pas très bien tolérée.

Juin 9.—3<sup>e</sup> Galv. posit. 90 milliamp. 5 minutes.

Juin 19.—4<sup>e</sup> Galv. posit. 80 milliamp. 5 minutes. La personne est bien nerveuse et chaque opération est plus ou moins mal tolérée. Elle se dit mieux.

Juin 23.—5<sup>e</sup> Galv. posit. 80 milliamp. 5 minutes.

Juin 26.—6<sup>e</sup> Galv. posit. 80 milliamp. 5 minutes. La malade paraît mieux. Elle n'a pas eu de perte depuis la fin de mai, pas de changement dans la tumeur.

Juin 30.—7<sup>e</sup> Galv. posit. 80 milliamp. 5 minutes.

Juillet 7.—Elle a été régulièrement réglée la première fois depuis onze ans.

Juillet 21.—9<sup>e</sup> Galv. posit. 80 milliamp. 5 minutes.

Juillet 24.—1<sup>re</sup> Galv. négative, 60 milliamp. 5 minutes.

Juillet 28.—2<sup>e</sup> Galv. négative, 70 milliamp. 5 minutes.

Aout 4.—3<sup>e</sup> Galv. négat. 70 milliamp. 5 minutes.

Août 11.—Régulièrement réglée de 5 au 10, aucune douleur. 4<sup>e</sup> Galv négat. 65 milliamp. 5 minutes.

Août 14.—5<sup>e</sup> Galv. négat. 90 milliamp. 5 minutes.

Août 25.—6<sup>e</sup> Galv. négat. 100 milliamp. 5 minutes.

Août 28.—7<sup>e</sup> Galv. négat. 125 milliamp. 5 minutes.

Septembre 8.—8<sup>e</sup> Galv. négat. 130 milliamp: 5 minutes. La malade se dit très bien et ne veut plus continuer le traitement. Toute hémorragie reste supprimée, pas de douleurs, la femme mange bien et dort bien. La tumeur ne paraît pas avoir subi aucun changement.

Janvier 29, 1891.—J'ai revu la malade aujourd'hui elle se dit très bien. Elle a engraisé et son teint est meilleur. Elle est maintenant capable de gagner sa vie (elle est veuve) et celle de son enfant, chose qu'elle n'aurait jamais pu faire avant le traitement.

## OBSERVATIONS VII.

Mad. D., Montréal, m'est envoyée par le Dr D, qui la traite depuis deux ans à peu près. Agée de 44 ans, mariée à 20 ans, un enfant âgé de 18 ans. Elle a toujours souffert plus ou moins de dysménorrhée. Depuis 5 à 6 ans elle a souvent des hémorragies. Elle souffre de constipation et de difficultés du côté de la vessie qui est le siège de douleurs incessantes.

A l'examen nous trouvons deux fibromes un dans la paroi postérieure de l'utérus de la grosseur d'une orange à peu près, l'autre de beaucoup plus gros, dans la partie antérieure.

Jun 1.—1e Galvanocaustique chimique intra-utérine positive, 100 milliampères, 5 minutes.

Jun 9.—Dès la première séance la malade se sent beaucoup soulagée. Elle n'urine que 2 ou 3 fois par nuit, tandis qu'avant elle était obligée de se lever 10 à 12 fois par nuit et même plus souvent. Son sommeil est aussi meilleur.

2e Galv. posit. 140 milliamp. 5 minutes.

Jun 16.—3e Galv. posit. 125 milliamp. 5 minutes.

Jun 19.—4e Galv. posit. 150 milliamp. 5 minutes.

Jun 26.—L'amélioration se continue. La malade a été régulièrement réglée du 20 au 24. La tumeur antérieure paraît avoir déjà beaucoup diminuée, pas de changement dans la postérieure.

1e Galv. négat. 135 milliamp. 5 minutes.

Juillet 3.—2e Galv. négat. 155 milliamp. 5 minutes.

Juillet 10.—3e Galv. négat. 170 milliamp. 5 minutes.

Juillet 24.—Règles normales commencées le 19 terminées hier sans douleurs. L'amélioration se continue. La tumeur antérieure à presque entièrement disparue. Celle de la paroi postérieure commence à diminuer aussi.

4e Galv. caust. négat. 200 milliamp. 5 minutes.

Août 11.—La malade s'améliore toujours. Il est étonnant qu'elle soit aussi bien, après avoir suivi son traitement d'une manière si irrégulière. Elle n'a pas été aussi bien depuis vingt ans et elle se compte guérie.

5e Galv. négat. 190 milliamp. 5 minutes.

Août 26.—Règles normales du 18 au 21.

6e Galv. négat. 185 milliamp. 5 minutes.

Septembre 25.—7e Galv. négat. 190 milliamp. 5 minutes.

Octobre 16.—A l'examen on sent encore une petite partie de la tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus.

8e Galv. négat. 185 milliamp. 6 minutes.

Novembre 13.—9c Galv. négat. 195 milliamp. 5 minutes.

Décembre 24.—La guérison se maintient. La malade est parfaitement bien, depuis le commencement de son traitement. C'est à peine si on peut trouver des traces du fibrôme de la paroi postérieure tandis qu'à la paroi antérieure tout est entièrement disparu.

#### OBSERVATION VIII

Mai 22.—Dame R., Montréal, âgée de 53 ans, mariée, mère de plusieurs enfants. Elle n'a jamais joui d'une bien bonne santé. Vers l'âge de 40 ans les règles deviennent plus abondantes en même temps qu'elles se rapprochent. Aujourd'hui elles apparaissent toutes les trois semaines et durent huit à dix jours. Elle souffre de constipation opiniâtre, n'ayant que deux ou trois selles par mois, et jamais sans l'aide de purgatifs et lavements. Elle n'a pas d'appétit et dort peu. Femme grande, maigre, anémique, teint pâle, facies cachectique. Elle a souvent des frissons. Température 100.5.

Les parois du ventre sont minces et flasques. Par le palper on sent très bien une tumeur dure, arrondie de la dimension d'une tête d'enfant. elle est immobile. Lorsqu'on exerce une pression un peu forte sur le ventre on éveille une douleur forte un peu à gauche. Les ganglions dans les aines sont très développés. Je crois d'abord à une tumeur maligne. (La malade a subi une opération il y a deux ans pour cancer du sein,) mais au moyen du bi-manuel; on distingue facilement le fibrôme qui n'est pas du tout douloureux. Il y a de plus une pyosalpingite à gauche, l'abcès remplissant le cul-de-sac latéral et descendant presque dans le cul-de-sac de Douglas. Le Dr M., qui me l'a amenée dit qu'elle ne veut pas subir aucune opération. Nous décidons l'emploi de l'électricité, malgré la complication sérieuse qui se présente, étant convaincus que la malade ne peut pas vivre bien longtemps vu qu'elle persiste à refuser toute intervention chirurgicale.

Mai 29.—La malade revient aujourd'hui, décidée de se soumettre à l'électrolyse.

L'hystérométrie est impossible, le col étant refoulé en haut et en avant. Je me sers du trocart d'Apostoli que je plonge dans l'abcès avec galv. posit. 50 milliamp. 5 minutes. Le pus commence à couler, je fais un pansement antiseptique et je renvoie la malade chez elle avec instruction de garder le lit. Le lendemain je vais voir ma malade, j'avoue que j'avais bien peur de la trouver dans un état critique. Je fus agréablement surpris tout de même en la voyant mieux et sans douleurs et la fièvre au lieu d'être augmentée était baissée d'un degré. Le pus s'écoule de la fistule faite par le trocart, je fais des injections antiseptiques pour quelques jours.

Juin 6.—La malade se rend de nouveau à mon bureau. Enhardi par mon succès du 27 mai, je plonge mon trocart dans la fistule afin d'agrandir celle-ci.

Galv. posit. 60 milliamp. 8 minutes.

L'opération est douloureuse mais bien mieux tolérée que la première. La malade retourne chez elle avec instruction de garder le lit.

Juin 9.—La fistule est suffisamment grande pour l'écoulement du pus qui a été très abondant depuis quelques jours.

Juin 12.—L'abcès paraît vide, il s'écoule cependant encore du pus en petite quantité.

Juin 16.—La malade n'a pas eu de pertes de sang depuis le commencement du traitement. Il y a très peu de pus qui s'écoule.

Juin 19.—L'hystérométrie est possible, maintenant que l'abcès est vide.

Galv. caust. posit. intra-utérine, sonde en platine, 70 milliamp. 5 minutes.

Juin 23.—Galv. posit. 80 milliamp. 5 minutes.

" 26.—Aucune réaction, la fièvre a disparu depuis quinze jours, il n'y a plus d'écoulement. La femme a une selle tous les deux ou trois jours. Les douleurs n'existent plus. L'appétit est bon et la malade dort bien.

Juin 30.—Galv. négat. 100 milliamp. 5 minutes.

Juillet 3.—Galv. négat. 100 milliamp. 5 minutes.

Juillet 10.—La malade a eu ses règles le 4, durée 5 jours, peu abondantes, quelques douleurs.

Galv. négat. 100 milliamp. 5 minutes.

Juillet 14.—Galv. négat. 100 milliamp. 5 minutes.

" 17.— " " " "

" 21.— " " 120 " "

" 24.— " " " "

" 27.—La malade continue bien. La tumeur est diminuée de plus de moitié.

Galv. négat. 140 milliamp. 5 minutes.

Juillet 31.—Galv. négat. 150 milliamp. 5 minutes.

Août 4.— " " " "

" 14.—Règles peu abondantes du 7 au 11, pas de douleurs.

Galv. négat. 160 milliamp. 5 minutes.

" 21.— " " 170 " "

" 28.— " " " "

La tumeur est à peu près de la grosseur d'un œuf de poule. Toute hémorragie reste supprimée, Mad. R. se dit mieux qu'elle ne la jamais été. Elle demande de cesser le traitement, j'y consens à condition qu'elle

revienne me voir dans un mois ou avant cette époque s'il survient quelque chose.

Oct. 30.—Mad. R. est toujours bien, elle est grosse et grasse, son teint est bon, elle est à peine reconnaissable tant elle a l'air bien.

## OBSERVATION IX

Mad. M., Montréal, âgée de 28 ans, mariée depuis 4 ans. Une grossesse immédiatement après le mariage, enfant né à terme, mort à l'âge de quelques mois.

Depuis trois ans elle est sous les soins de différents médecins, pour fibrome. Ce corps est interstitiel et de la grosseur d'un œuf de poule. De taille au dessus de la moyenne, Mad. M. paraît jouir d'une bonne santé. Elle se plaint surtout de dysménorrhée. Elle n'a pas d'hémorragie, mais ses règles qui autrefois survenaient tous les 29 jours et qui n'avaient que deux ou trois jours de durée, arrivent maintenant tous les 24 ou 25 jours et durent 4 à 5 jours.

Mai 26 —1<sup>e</sup> Galvano-caustique chimique intra-utérine négative, 100 milliamp. 5 minutes.

Après l'opération, repos une  $\frac{1}{2}$  heure. La malade est renvoyée chez elle avec instruction de se reposer pour le reste du jour. Mais à peine deux heures se sont-elles écoulées que je rencontre Mad. M. qui est allée à pied rendre visite à une de ses amies qui demeure à au-delà d'une lieue de mon bureau. Après lui avoir fait comprendre les risques auxquels elle s'expose, elle me promet de retourner chez elle en voiture et de se mettre au lit.

Juin 2.—Pas de réaction après la première opération.

Galv. négat. 100 milliamp. 5 minutes.

“ 6.— “ “ “ “ “

“ 12.— “ “ “ “ “

“ 16.— “ “ “ “ “

Août 22.—La malade après avoir passé quelque temps à la campagne, revient bien portante. Ses règles depuis le commencement du traitement ont été moins abondantes et sans douleurs. La tumeur a très peu diminué.

Août 26.—Galv. négat. 125 milliamp. 5 minutes.

Sept. 25.— “ “ “ “

Nov. 15.— “ “ “ “

La malade cesse le traitement aujourd'hui. Quoique le traitement ait été suivi d'une manière tout à fait irrégulière, la personne est parfaitement bien.

Dec. 22.—Mad. M. est toujours bien, ses règles arrivent tous les 28 jours, durent 3 jours sans douleurs.

## OBSERVATION X.

Dame D., Ottawa.

Âgée de 30 ans, mariée depuis 4 ans, pas de grossesses. Régliée à 13 ans, les règles ne durent que 5 jours mais elles sont très abondantes et sont accompagnées de fortes douleurs qui ne cessent pas complètement durant la période intercalaire. Il y a constipation opiniâtre. la malade n'a que deux ou trois selles par mois. Elle ressent beaucoup de tiraillements du côté de la vessie et dans la région ombilicale.

Mad. D. a beaucoup d'embonpoint. Cependant elle commence à maigrir depuis quelques mois. Elle se plaint aussi de céphalalgie et d'insomnie.

A l'examen on trouve un gros fibrome de forme ovoïde remplissant le petit bassin et comprimant le rectum et la vessie.

Août 21.—1<sup>e</sup> Galvano-caustique chimique négative intra-utérine, électrode en charbon, 180 milliamp. 5 minutes.

Août 25.—2<sup>e</sup> Galv. négat. 175 milliamp. 5 minutes.

“ 28.—3<sup>e</sup> “ “ “ “ “

Sept. 1.—La malade est beaucoup mieux, elle a moins de douleurs et elle a eu 5 selles depuis le 21 août sans l'aide d'aucun remède, ni lavement.

Sept. 4.—4<sup>e</sup> Galv. negat. 200 milliamp. 5 minutes.

“ 8.—5<sup>e</sup> “ “ “ “ “

“ 11.—L'amélioration continue, elle va à la selle tous les deux jours, elle n'a plus de douleurs, elle mange bien et dort bien. L'amélioration locale se continue aussi, la tumeur diminue beaucoup.

6<sup>e</sup> Galv. négat. 200 milliamp. 5 minutes.

Sept. 15.—7<sup>e</sup> “ “ 190 “ “

“ 18.—8<sup>e</sup> “ “ “ “ “

“ 29.—Elle a été régulièrement réglée, durée des règles 4 jours, pas de douleurs.

9<sup>e</sup> Galv. négat. 200 milliamp. 5 minutes.

La malade se voit obligée de retourner chez elle. Elle me promet de revenir s'il survient quelque chose, elle est très bien, mais la tumeur est encore aussi grosse que le poing.

Je n'ai eu aucune nouvelle de cette malade depuis.

### De la dysménorrhée.

La dysménorrhée est une affection utérine que l'on observe vers l'époque menstruelle chez la femme. Hart et Barbour définissent le mot dysménorrhée comme suit :

La dysménorrhée est une douleur ressentie par la femme, soit avant, durant ou peu après la période menstruelle.

On observe plusieurs variétés de dysménorrhée.

1 <sup>e</sup>	Dysménorrhée par obstruction.
2 <sup>e</sup>	“ “ congestion.
3 <sup>e</sup>	“ “ névralgique.
4 <sup>e</sup>	“ “ ovarienne.
5 <sup>e</sup>	“ “ membraneuse.

Avant d'étudier les différentes variétés de dysménorrhée, nous nous occuperons des considérations générales, car les différents auteurs qui ont étudié cette affection diffèrent presque tous d'opinion au moins quant aux causes et au traitement de cette affection.

Il est très rare qu'une femme en bonne santé souffre des douleurs vers ou pendant la période menstruelle; en général excepté un peu de faiblesse, de malaise et de lassitude, elle n'accuse aucune souffrance.

Mais il n'en est pas de même de la femme, souffrant d'une affection de l'utérus ou de ses annexes; et c'est dans ces cas que l'on observe la dysménorrhée.

Il peut arriver cependant qu'une femme souffre de dysménorrhée, sans être atteinte d'une maladie utérine.

Par exemple, si une femme prend du froid vers l'époque menstruelle les règles seront accompagnées de douleurs, mais dans ce cas, la dysménorrhée est causée par une congestion utérine qui n'est que passagère, et qui ne donne pas lieu ordinairement à des accidents ultérieurs.

Ce sont ces cas de dysménorrhée que Thomas appelle dysménorrhée congestive aigue.

*Cause.*—Wadkin croit que la cause de la dysménorrhée est, soit un état congestif de l'utérus, ou mieux une congestion de la membrane utérine: *Endometrium* (ce qui équivaut à une endométrite aigue) ou bien un état névralgique, ou dans certains cas, un obstacle quelconque empêchant l'écoulement des règles.

D'après Wadkin, on peut dire que la dysménorrhée est symptomatique d'une affection utérine ou de ses annexes, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

En général cette règle est vraie, car on n'observe que quelques cas qui font exception. On ne les observe ordinairement que dans les conditions suivantes:

1<sup>er</sup> Si l'écoulement menstruel n'a pas lieu par l'obstruction causée par un coagulum.

2<sup>e</sup> Quand la dysménorrhée n'est observée que comme complication dans les cas où l'existe un état névralgique général, comme dans l'hystérie.

3<sup>e</sup> Quand la dysménorrhée existe sans causes reconnues, ou bien qu'elle est simulée par une autre affection telle qu'un rein *flottant*, ou la colique néphrétique.—WADKIN, WINKEL.

Comme on l'a déjà dit, les gynécologistes ne s'accordent pas, ni sur l'étiologie ni sur les causes facteurs de la dysménorrhée.

Porter croit que pendant la déhiscence de l'ovum, la portion bulbaire de l'utérus et de l'ovaire, entrent en contractions, ce dû à la congestion des tissus érectiles de ces organes ; plus la congestion est intense, plus les contractions sont énergiques ;

Porter ne croit pas dans la théorie de Marion Sims qui croit que la dysménorrhée n'existe pas sans qu'il y ait obstruction mécanique.

D'après le même, les fluxions utérines ne sont pas toujours la cause de la dysménorrhée.

Heywood Smith croit que la congestion de l'utérus ou de l'ovaire est une cause certaine de la dysménorrhée et comme Halliday Broom, il croit que la douleur dysménorrhéique peut être aussi causée par les contractions utérines.

Winkel, parlant des causes de la dysménorrhée, émet les mêmes idées et dit avoir observé des cas de dysménorrhées où la cause n'existait pas dans l'utérus, mais dans d'autres organes.

Winkel donne à ce sujet les résultants d'observations nombreuses, et prouve que la dysménorrhée existe sans affections utérines :

Il prétend que la dysménorrhée existe.

1<sup>er</sup> Lorsque les sécrétions utérines sont très abondantes, le col très étroit même sans atrésie du col.

2<sup>o</sup> Quand le sang menstruel se coagule très facilement, forme dans la cavité utérine des coagulums qui distendent cet organe et le font entrer en contractions, contractions ordinairement intermittentes.

Frishtish croit que l'obstruction du col ne peut être une cause de dysménorrhée pour les raisons suivantes :

1<sup>o</sup> Parce que les douleurs dysménorrhéiques n'ont pas le caractère des contractions utérines.

2<sup>o</sup> Parce que ces douleurs sont ressenties avant l'établissement des règles et qu'elles se continuent même après que la règle est terminée.

3<sup>o</sup> Parce que l'on ne peut pas considérer le sang menstruel comme un corps étranger.

4<sup>o</sup> Parce que la présence même d'un polype ne fait pas entrer l'utérus en contraction.

Pour Frishtish la cause de la dysménorrhée est celle-ci :

« Chacun sait, dit-il, que durant la période menstruelle, l'endomètre est dans un état de congestion, de même que l'utérus. Alors la résistance qu'oppose l'utérus à l'état hypertrophique de l'endomètre cause une sensibilité excessive de l'endomètre et par réflexe, contractions de l'utérus.

Comme on peut le voir Winkel et Marion Sims ont la même opinion:

Que la cause de la dysménorrhée est due aux obstructions empêchant l'écoulement des règles.

Presque tous les gynécologistes sont opposés à cette théorie comme on le voit par les opinions que nous citons.

Frishtish assure que souvent l'hypéresthésie utérine est une cause de la dysménorrhée.

Winkel compare alors cette dysménorrhée au vaginisme observé après un coït maladroît ou incomplet, qui comme on le sait, cause chez certaines femmes le vaginisme.

Des désirs sexuels non satisfaits causent dans certains cas la dysménorrhée.

On a aussi observé chez des filles une dysménorrhée intermittente, dont les accès étaient caractérisés par des attaques d'hystérie.

C'est cette forme de dysménorrhée que Winkel nomme dysménorrhée avec état névralgique de l'utérus, qui a pour cause la masturbation, la peur. D'après Winkel, il lui a été impossible de localiser la cause de ces attaques restées inconnues.

Voici un exemple qui démontrera combien il est difficile dans certains cas de découvrir la cause vraie de la dysménorrhée.

Winkel en cite un semblable, mais celui dont je parle, je l'ai observé, il y a quelques mois:

Une dame souffrait d'une dysménorrhée qui avait résisté à tous les traitements connus, les douleurs à l'époque des règles étaient terribles, vue et traitée par d'autres médecins, il nous fut impossible de trouver la cause de la dysménorrhée.

Quelques années après, cette dame mourait et à l'autopsie on reconnut la présence de très petits myômes, disséminés dans la paroi de l'utérus. Ces myômes n'avaient jamais été reconnus durant la vie.

De même une affection des trompes de Fallopes succédant au catarrhe infectieux gonorrhéique. La névralgie des ovaires peut aussi causer la dysménorrhée.

On rencontre chez les hystériques, d'après Charcot, une névralgie des nerfs spermatiques qui, d'après Grandin appartient à la même catégorie que les névralgies intercostales, névralgies viscérales mastodynies qui simulent les douleurs dysménorrhéiques.

Une cause très fréquente de dysménorrhée, d'après Winkel, c'est la péritonite, la péri-salpingite, la péri ovarite. De l'aveu d'un grand nombre de gynécologistes, ces affections sont une cause très fréquente de dysménorrhée, chez les femmes qui ont souffert de ces affections.

Si ces inflammations pelviennes sont une cause fréquente de dysménorrhée, elles n'en sont que plus dangereuses, vu qu'elles sont très souvent négligées ou méconnues.

Il est très facile de se rendre compte comment ces diverses affections peuvent être la cause de la dysménorrhée, car les adhésions ou brides si petites qu'elles soient peuvent par pression sur les organes causer une irritation, cause directe de la dysménorrhée.

Les symptômes ordinaires de la dysménorrhée sont : circulation irrégulière, pieds et mains froids, douleurs utérines, crampes, hémicranie. quelquefois convulsions ressemblant dans certains cas à celles de l'hystérie.

La plus grande partie de ces symptômes apparaissent graduellement ; et après une crise, la malade reste faible pendant quelques jours, nerveuse mais revient graduellement à l'état normal jusqu'à la prochaine époque menstruelle, époque où les accidents apparaissent de nouveau, souvent avec aggravation de ces symptômes.

Après avoir souffert de dysménorrhée pendant quelque temps, la malade devient un objet digne de pitié, car ses douleurs s'aggravent de plus en plus, elle devient irritable, nerveuse, l'appétit, la digestion sont nuls, ordinairement le chlorose avec son cortège apparaît.

Bien souvent la malade, après de longues années passées dans la souffrance, perd la raison.

On peut diagnostiquer la dysménorrhée simple sans obstruction par les symptômes suivants :

1<sup>o</sup> A l'examen digital, on reconnaît dans un bon nombre de cas le prolapse utérin, une flexion utérine, ou bien soit ante ou rétroversion de l'utérus.

2<sup>o</sup> Par l'augmentation notable des sécrétions utérines.

3<sup>o</sup> Par la sensibilité excessive de l'endomètre, durant le passage de la sonde utérine.

Très fréquemment, un rein mobile ou un *varicoëte para ovarien*, sont le siège de la douleur et peuvent causer une erreur de diagnostic, il faut donc faire un examen très sérieux de l'abdomen, de l'utérus, de la vessie, etc.

Quelque fois, un calcul rénal peut causer des douleurs simulant la dysménorrhée, et le seul signe différentiel entre la douleur causé par un calcul ou une colique néphrétique et celles de la dysménorrhée, c'est que lorsqu'elle est due à un calcul, cette douleur a ordinairement son

siège près ou dans la région du rein et est aussi accompagné d'autres symptômes particuliers. Si elle est due à la dysménorrhée, elle a son siège dans la région pelvienne ou des ovaires.

On voit par ce que nous avons déjà dit que les douleurs dysménorhétiques peuvent être symptomatiques de plusieurs affections autres que celles de l'utérus ou de l'ovaire et par là le diagnostic différentiel dès les commencement de cette affection est quelquefois très difficile.

Afin de nous rendre bien compte de cette affection, nous étudierons chaque variété séparément, réservant pour la fin de cette étude le traitement général et de chaque variété, car il existe beaucoup de différence dans les différents traitements des variétés de l'affection dont nous parlons

#### DYSMÉNORRHÉE PAR OBSTRUCTION.

Une cause très fréquente de cette variété de dysménorrhée est la flexion de l'utérus et entr'autres causes, nous pourrions ranger celles-ci :

- 1° Flexions utérines.
- 2° La sténose du col, col interne et externe.
- 3° Sténose du canal cervical dans toute son étendue
- 4° Les polypes utérins.
- 5° Les tumeurs fibreuses qui, par leur présence, diminuent le calibre du canal cervical ou le rendent tortueux ou inégal.
- 6° La forme dite conique du col utérin.
- 7° La contraction spasmodique du col interne.

#### TRAITEMENT.

Si la dysménorrhée est due à une flexion utérine, il faut réduire la flexion, dilater le canal cervical et suivre le traitement usité dans cette affection.

S'il existe un rétrécissement du canal cervical, il faut faire la dilatation de ce canal, soit dilatation rapide ou dilatation lente, le premier procédé donne de meilleurs résultats que le second, l'on doit tenir le canal ouvert.

Après avoir dilaté le cervix, quelques médecins ont l'habitude d'insérer un pessaire intra-utérin.

J'ai moi-même employé ce procédé, mais qui ne m'a pas donné de bien bons résultats.

Souvent, presque toujours, le pessaire intra utérin cause une ulcération du cervix et à mon point de vue, il ne rend pas les services que l'on attend de son emploi.

Skene et Lusk nous disent que le pessaire intra utérin ne se dresse

pas ni ne maintient toujours l'utérus dans la position normale. Bien souvent, d'après Skene, le pessaire intra utérin se creuse une cavité au dépend de la paroi utérine.

Cet accident est causé par la disjonction des éléments de la paroi utérine par suite de la pression constante exercée par le pessaire dans la même direction.

On doit toujours, après avoir pratiqué la dilatation, toucher le col utérin, le canal cervical et même l'endométriium avec soit la teinture d'iode ou l'iodo-phénol.

Dans quelques cas il faut appliquer un pessaire intra utérin, alors il faut tenir la femme au lit au moins pendant les premiers jours.

Mais il est mieux, dans le but de tenir l'utérus dans position normale, et de corriger la flexion utérine, d'employer des tampons de coton absorbants et si l'on a la patience, on arrive presque toujours à guérir la flexion sans se servir de pessaires.

L'expérience que tous les gynécologistes ont acquise dans le traitement des flexions utérines a fait laisser de côté l'emploi des pessaires.

Comme une seule dilatation du canal cervical ordinairement ne guérit pas l'affection, on doit dilater le col deux ou trois fois de suite durant les deux premiers mois du traitement.

On remarque ordinairement que le passage de la sonde utérine cause beaucoup de douleur et l'endométriium saigne très facilement. Ce symptôme nous montre qu'il existe en même temps une endométrite chronique.

Si l'on diagnostique la présence d'une tumeur utérine, il faut si possible l'enlever, traitement spécial qui appartient à la chirurgie.

La contraction spasmodique du col disparaît ordinairement après la dilatation du canal cervical.

#### DYSMÉNORRHÉE CONGESTIVE.

D'après Reeves, la dysménorrhée congestive est due à ce que la congestion menstruelle de l'endométriium dépasse les limites physiologiques.

Les causes ordinaires de cette variété de la dysménorrhée sont celles-ci :

- 1° Le froid, en causant une endométrite aigue.
- 2° Torpidité de la circulation générale.
- 3° La métrite.
- 4° L'endométrite.
- 5° Les déplacements de l'utérus.
- 6° Les tumeurs.
- 7° La pelvi-péritonite.

Les symptômes observés dans cette variété, sont ceux-ci :

Ordinairement peu avant la période menstruelle, la femme ressent une sensation de pesanteur dans la bassin et les reins, accompagnée de chaleur, maux de tête, dans certains cas on observe une légère élévation de la température, 99 à 99 2-5. Pouls rapide.

Dans la plupart de ces cas, dès que l'écoulement menstruel s'établit les douleurs disparaissent.

#### TRAITEMENT.

Avant l'attaque, on doit employer les bains de pieds, les injections vaginales d'eau très chaude. Pas d'opium ou de morphine à moins de nécessité absolue. Employer au lieu des opiacés, l'hyoscyamus, la pulsatile, le cannabis indica.

Une potion composée de parties égales d'extrait fluide de viburnum, prunifolium, et de viburnum opulus ; 30 gouttes de chaque toutes les demi-heures donnent ordinairement beaucoup de soulagement.

Le traitement préventif doit être suivi durant l'époque qui sépare la période menstruelle et doit être dirigé dans le but de faire disparaître la cause de l'affection : ce traitement varie suivant l'affection que l'on a à combattre.

Si l'on a à traiter une métrite, affection rare ou une endométrite, le traitement sera celui employée dans ces affections.

Si l'on observe un prolapsus utérin ou une flexion utérine, il faudra y remédier par un traitement approprié.

Il est bien de faire des scarifications au col durant la période qui sépare chaque période menstruelle. Ces scarifications ont pour but de diminuer la turgescence du col.

On doit appliquer sur le col des tampons de coton absorbant, trempés dans la glycérine ou dans une solution de boro-glycérine. On remarque dans ces cas que l'application de ces tampons est suivie d'une sécrétion abondante de fluide ressemblant à de l'eau. Cette sécrétion diminue rapidement la congestion du col de l'utérus et des organes voisins, d'après Thomas.

On doit recommander à la femme d'éviter le coït excessif, la marche, la station debout, et lui défendre de soulever des objets pesants.

Avant la période menstruelle, bains de siège, injections vaginales très chaudes.

#### DYSMÉNORRHÉE NÉVRALGIQUE.

On a observé cette variété de la dysménorrhée comme accompagnant ou compliquant les autres variétés de dysménorrhée, dont elle aggrave les accidents. On l'observe le plus souvent dans les cas de

dysménorrhée congestive aussi chez les indolentes qui vivent retirées et souffrent d'anémie, de la malaria ou d'hystérie.

On rencontre les symptômes suivants: douleur sourde ou aigue, ressentie dans la région de l'utérus ou des ovaires.

Ces douleurs apparaissent vers la période menstruelle et sont ordinairement soulagées par l'apparition des règles dans d'autres cas, elles sont augmentées et deviennent intermittentes.

On remarque souvent que les femmes souffrant de cette variété de dysménorrhée accusent souvent durant la période inter-menstruelle, des névralgies intercostales cervico brachiales, etc.

Le traitement est plutôt général que local.

L'exercice modéré, air frais et pur, bonne alimentation, diète généreuse, franche, laitages, etc.

Fer, quinine, arsenic sont employés avec succès.

J'ai employé avec succès dans le traitement de cette affection une préparation connue sous le nom de Smith's Tri-chlorides, dont voici la composition :

R

Tinct. ferri chloridi.....	ʒ iv.
Hydrarg. chlor. corosivi.....	gr. i
Liq. arsenici chloridi.....	ʒ i
Syr. Simplicis .....	ʒ IV
Aque ad.....	ʒ Vj

Sig.

Une cuillerée à dessert dans un demi verre d'eau froide après chaque repas.

On doit ordonner avant la période menstruelle les bains de siège, les irrigations vaginales chaudes.

#### DYSMÉNORRHÉE OVARIENNE.

Cette variété est observée durant le cours d'une affection des ovaires, mais à ce sujet comme l'étiologie de cette affection n'est pas bien connue, le traitement n'est pas bien fixé et les opinions des gynécologistes diffèrent beaucoup sur les moyens curatifs à employer.

Les symptômes observés sont ordinairement ceux-ci.

Durant la période inter-menstruelle, la patiente souffre de douleurs dans la région des ovaires, douleur augmentée par la pression et qui dans certains cas peut déterminer des accès convulsifs, la douleur est aggravée par la défécation, le coït, la marche et s'aggrave surtout vers ou durant la période menstruelle.

On obtient de bons résultats de l'application de petits vésicatoires.

sur la région des ovaires. Les badigeonnages d'iode continués pendant longtemps sur l'abdomen.

Garland préconise la teinture de gelsemine durant l'accès.

J'ai obtenu d'excellents résultats du chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 5 grams, 3 fois par jour.

La nitro glycérine à la dose de 1-200 donnée en même temps que la pulsatile agit bien dans certains cas.

Les applications de chloroforme sur la région ovarienne durant l'accès diminuent l'intensité de la douleur.

Le traitement propre à la névralgie réussit quelquefois, par exemple, l'arsenic ou bien les pilules anti-névralgiques de Brown-Séquard.

Un remède dont on vante beaucoup les effets c'est le piscidia erythrina jamaica, Dogwood. 20 gouttes de l'extrait fluide toutes les heures jusqu'à soulagement.

J'ai employé ce remède dans un ou deux cas, mais mon expérience dans le traitement de la dysménorrhée ovarienne par cet agent n'est pas assez étendue pour que je puisse en proposer l'emploi.

Toutefois à mon point de vue, les résultats obtenus par moi et d'autres médecins (N.Y. Medical Journal, No. 41. 1889), méritent que l'on en fasse une étude plus sérieuse.

#### DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE.

La dysménorrhée membraneuse est cette variété caractérisée par l'expulsion durant la période menstruelle d'une membrane organisée, soit en entier ou en partie.

Certains auteurs éminents sont d'avis que cette membrane n'est rien de plus qu'un produit de conception, qui par suite d'une endométrite chronique, meurt dans les premières semaines et est expulsée à la première époque menstruelle.

Cette opinion n'est pas tenable, car elle n'est pas basée sur aucuns faits cliniques et n'est appuyée par aucunes raisons sérieuses.

Hart et Barbour parlant de la dysménorrhée membraneuse sont d'opinion que la membrane expulsée dans ces cas n'est pas un produit de conception, mais ni plus ni moins que l'endomètre utérin.

Dans la dysménorrhée membraneuse, la membrane tapissant la cavité utérine (endometrium) n'est pas expulsée en entier, mais seulement la couche superficielle (Fristish, Diseases of Women).

Williams de Londres qui a étudié cette question prétends que par suite d'un excès de tissu fibreux, la membrane utérine se sépare devient corps étranger, et est expulsée.

Hart et Barbour sont d'avis qu'une hémorrhagie a lieu entre les diverses couches de l'endomètre et c'est de cette manière que l'on peut

-expliquer la présence ou l'absence des glandes utérines, dans la membrane expulsée. Voir Solowief et Gusserous.

D'après Sir J. T. Simpson, si l'on examine sous l'eau cette membrane, on voit que la surface interne est lisse et présente à la vue les orifices des glandes utriculaires, tandis que la surface externe est rude, etc.

Pour rendre le diagnostic certain, Frishtish recommande de toujours examiner la membrane expulsée au microscope, afin d'être certain que cette membrane n'est pas un produit de conception.

Dans le cas où la membrane expulsée serait un produit, elle présentera les caractères suivants, *villis du chorion*, larges cellules, ouvertures glandulaires, pas d'épithélium, atteints de dégénérescence graisseuse.

Tandis que si cette membrane n'est formée que des couches superficielles de l'endomètre, elle présentera les caractères de la muqueuse utérine avec corpuscules du tissu conjonctif, débris de glandes utérines aussi corpuscules sanguins, rouges et blancs, traces de l'hémorrhagie qui a disséqué la couche corticale de l'endomètre des couches internes, jusqu'à séparation.

Dès que cette séparation est devenue complète, cette membrane agit comme corps étranger et est expulsée par des contractions utérines plus ou moins énergiques.

Les symptômes que l'on observe ordinairement dans cette affection sont des coliques ou contractions utérines d'intensité variant beaucoup qui sont toujours ressenties vers la période menstruelle.

Ecoulement menstruel intermittent, enfin on observe tous les symptômes de la dysménorrhée par obstruction.

Le traitement de la dysménorrhée membraneuse est :

1<sup>o</sup> Dilatation du col.

2<sup>o</sup> Curettage de l'endomètre.

3<sup>o</sup> Application à l'endomètre d'acide carbolique ou d'iodo-phénol ou bien de teinture d'iode.

Quand la période menstruelle arrive et même durant cette période bains chauds, applications chaudes sur l'abdomen et diaphorétiques mais pas d'opium.

Après avoir parlé, en considérant chaque variété de la dysménorrhée, du traitement propre à chaque, nous considérerons le traitement général de cet affection et donnerons les diverses opinions de gynécologistes éminents sur ce sujet.

#### TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHEE, D'APRÈS LES AUTORITÉS LES PLUS RÉCENTES ET LES PLUS RECONNUES.

Duncan nous dit qu'il est presque impossible de dilater le cervix chez les vierges et que seule l'absolue nécessité peut permettre l'emploi de la dilatation dans ce cas.

On ne doit pas donner d'opium, ni de morphine dans la dysménorrhée, à moins de nécessité absolue, et toujours soi-même et par la méthode hypodermique, car si l'on permet à la malade l'usage des opiacés, ce remède au lieu d'améliorer son état, l'aggravera sûrement.

Lorsque l'on voit qu'il existe beaucoup de sensibilité au dessus des ovaires, appliquer de suite un vésicatoire.

Tenir les intestins libres soit à l'aide des cathartiques légers, tels que la cascara sagrada, l'aloès et la belladonne ou bien la poudre de réglisse composée P. E. U.

Une préparation qui donne souvent de bons résultats dans le traitement de la dysménorrhée est celle-ci :

R

Sptus chloroformi.....	}	5 j
Ammon. aromaticus .....		

Sig.

Une cuillerée à thé dans un peu d'eau froide, de temps à autre.  
Une de mes prescriptions favorites dans ces cas est celle-ci :

R

Extract Ammon. pulsatilla.....	gr. ʒ
" Cannabis indica.....	gr. ʒ
" Hyosciam.....	gr. ss

Pour une pilule.

S.g.

Une toutes les deux heures, diminuer la dose si la patiente est affectée par le chanvre indien.

Dans la dysménorrhée membraneuse, employer la préparation suivante qui a donné d'excellents résultats :

R

Syr. d'arsenic et mercure..... 5 ij

Sig.

5 gouttes dans de l'eau, 3 fois par jour.

On emploie avec succès l'extrait-fluide de cimicifuge racemosa dans la dysménorrhée congestive.

Alloway, (Canada M. & Surgical Record) traite les cas de dysménorrhée dus à une atésie du col ou bien ceux accompagnés d'endométrite par la dilatation du canal cervical ou bien l'excision par le procédé de Sims, ou bien par l'incision bi-latérale de Simpson. De plus, il recommande de faire des applications d'iode et de glycérine avant d'opérer.

De Synety, (B. M. Journal) recommande les douches chloroformisées durant l'accès, aussi l'extr-fluide de cannabis indica.

Foubert emploie l'iodoforme, la belladone dans la dysménorrhée chez les jeunes filles.

J. H. Croon, *Arch. Gynecology*, défend l'emploi des opiacés, conseille la dilatation, les douches vaginales très chaudes.

Barnes in *British Med. Journal* conseille dans les cas où la dysménorrhée est due à l'obstruction de faire la dissection du col, incision bi-latérale, méthode de Plaslee.

Cadwell conseille d'employer dans la dysménorrhée les eaux minérales contenant des sels de lithum.

Quand la dysménorrhée est accompagnée de métrorragie, il est conseillé de se servir de l'*hydrastis canadensis*.

Matthew Duncan conseille dans les cas de dysménorrhée accompagnée de stérilité de faire la dilatation du col et de donner à l'intérieur le phosphite de zinc.

E. H. Martin propose l'emploi du galvanisme avant de tenter l'ovariotomie, de plus il dit que l'emploi du galvanisme est indiqué dans les cas où la dysménorrhée est causée par une métrite chronique avec hyperplasie des éléments glandulaires. Dans les cas où la douleur est causée par une réflexe ou l'hystéro-névrose ou bien dans les cas où la dysménorrhée est causée par une laceration cervicale, le galvanisme est indiqué.

Garland propose la teinture de gelsemine et on connaît avec quel avantage ce remède est employé dans le traitement des névralgies.

On vante beaucoup les bons effets de l'exalgine ou de la phenacétine.

L'antifébrine a un bon effet dans certains cas, mais cause quelquefois des accidents, collapse, etc.

De l'emploi de l'antypirine il ne sert à rien de parler, car ce remède a donné peu ou pas de succès dans le traitement de cette affection.

Un remède qui agit bien dans certains cas, c'est l'ergot combiné à la jusquiame et à la belladonne.

M. E. DE LAVAL, M.D.

## COURS ET CLINIQUES

### CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

Notes par P. BARRETTE.

#### Calcul vésical.

Le 16 janvier dernier se présentait à la salle d'opération de l'Hotel-Dieu un individu souffrant d'une affection de la vessie, dont il ressentait les effets depuis plusieurs années. Après avoir appris que le malade urinait très fréquemment durant le jour mais moins pendant

la nuit et qu'un malaise se faisait sentir aussitôt après chaque miction, le Dr Hingston soupçonnant la présence de calculs dans la vessie, demanda une sonde métallique et tout en faisant l'exploration : " Dans les cas de calculs, dit-il, le volume, le nombre, la configuration, la consistance, le degré de mobilité ou de fixité, l'âge du sujet, la condition de l'urètre et de la vessie, la tolérance de l'instrument, ont une trop grande importance pour les laisser passer inaperçus ; nous ferons donc l'examen avec le plus grand soin possible pour reconnaître la nature de l'obstacle qui attire notre attention. Il suffit généralement pour cela d'une sonde courte et bien recourbée à son extrémité inférieure, que l'on introduit et que l'on promène sur tous les points de la surface urinaire ; après quelques recherches, on trouve ordinairement le calcul et s'il est d'une grande consistance, on perçoit facilement, en mettant en contact par un mouvement vif, l'instrument et le calcul un son clair et distinct. Dans le cas présent le son est très sensible ; aussi tous les élèves présents peuvent-ils le constater facilement.

Le plus souvent la vessie ne contient qu'un seul calcul, mais il n'est pas rare d'en trouver un grand nombre, dans ce dernier cas si la sonde ne peut en faire connaître le chiffre exact, elle en indique au moins la multiplicité. De même le volume peut jusqu'à un certain point être reconnu.

La consistance des calculs vésicaux varie beaucoup. Les plus friables sont généralement composés de phosphates ammoniacomagnésiens ; les plus durs, d'oxalates calcaires. On reconnaît ordinairement ces derniers au son clair et sec qu'ils produisent ; les autres sont caractérisés par un bruit plus sourd.

Quant à la forme qu'ils peuvent affecter, ils sont généralement sphériques ou ovoïdes ; l'instrument fait découvrir leur mobilité ou leur fixité.

Le Dr Hingston après avoir constaté qu'il existait dans la vessie un calcul d'un volume considérable, et que ce calcul était de consistance telle que le lithotriteur ne pouvait le briser, résolut de pratiquer l'opération par lithotomie, la lithotritie étant absolument impraticable dans les circonstances présentes.

Le succès ne me paraît pas douteux, ajoute le chirurgien ; cependant il ne dépend pas entièrement de celui qui opère ; l'assistant y contribue pour une grande part. Ce dernier, dans ce but, devra tenir la sonde dans une position verticale constante, la courbure de l'instrument dirigée en avant sur le pubis ; sa main gauche soutiendra le scrotum ; s'il devie de cette position, le chirurgien rencontrera le danger de perforer le rectum.

L'opération eut lieu et l'on retira un calcul de forme sphérique irrég-

gulaire, mesurant un pouce de diamètre, de couleur brunc et de consistance très dure.

On constate journellement un mieux sensible dans l'état du malade ; au bout de dix jours l'urine passait en grande partie par la voie naturelle.

### **Hypertrophie de la glande thyroïde.**

Notons d'abord que le corps thyroïde qui est composé de granulations homogènes formant des lobules distincts de coloration rouge-brun ou gris-jaunâtre, est partagé en deux lobes de forme ovoïde placés de chaque côté du larynx, et réunis entre eux par une bandelette transversale qui porte le nom d'isthme de la glande thyroïde.

Cet organe est alimenté par quatre artères volumineuses, provenant, deux de la sous-clavière et deux de la carotide externe. Il est *suje*t à différentes affections, principalement à ce que l'on appelle broncho-cèle ou goître. Le premier est le résultat d'une hypertrophie générale, tandis que le second n'est qu'une tumeur thyroïdienne dont la chirurgie peut assez souvent triompher.

Dans les opérations du faux goître antérieurement exécutées, on a pu remarquer grand nombre de produits variés : sang, sérosités, pus, dépôts fibrineux, albumineux, tuberculeux, graisseux, tissus fibreux, osseux, etc.

Revenons au vrai goître : une dame affectée d'une hypertrophie de la glande thyroïde. voulait, disait-elle, subir une opération à l'effet de faire disparaître cette exubérance.

Cela gêne-t-il votre respiration ? demande le chirurgien. Non, répondit-elle. Eh bien, reprend le Dr Hingston, dans ce cas l'opération est absolument contre-indiquée ; la respiration n'est aucunement affectée, et la circulation, comme je le constate, est à l'état normal. Les chirurgiens expérimentés ne l'ont jamais tentée ; ceux qui s'y sont hasardés par ignorance, hardiesse ou irréflexion, n'ont essuyé que des revers : tantôt l'on n'a pu terminer l'opération ; tantôt les patients ont succombé entre les mains de l'opérateur ou peu de jours après. Ces résultats se comprennent facilement si l'on considère l'extrême vascularité de cet organe. Je ne serais donc pas justifiable de m'exposer à un si grand danger, ou plutôt à un insuccès certain. Dans un cas contraire, c'est-à-dire dans un cas d'urgence, alors que le malade serait en danger de suffocation, je ne reculerais pas, car il n'y aurait rien à y perdre et tout à y gagner.

Le meilleur traitement pour cette personne, c'est la compression. L'on mettra sur une bandelette de toile un onguent de protoiodure de plomb que l'on recouvrira d'une feuille d'étain ; on l'appliquera

ensuite sur la glande affectée, avec un haut collet résistant muni de bandes élastiques de chaque côté afin de maintenir une pression constante.

Autrefois, c'était l'habitude de donner à l'intérieur l'iode et l'iodure de potassium, mais depuis bien des années, dit le chirurgien, j'ai cessé de les employer, car le peu d'avantages qu'ils donnent sont plus que contrebalancés par les dérangements des organes digestifs qu'ils occasionnent.

---

## MEDECINE

---

### Traitement de la dysenterie aigüe par le sel d'Epsom,

Par le Dr A. LEADY.

L'auteur publie les résultats de 95 cas de dysenterie traités par lui à Hyderabad. Tous ces cas se rapportent à des malades pauvres, qui cherchent un asile dans les hôpitaux. De ces 95 malades, 3 sont morts, dont 2 étaient déjà moribonds à leur arrivée à l'hôpital. Selon l'auteur, il faut en moyenne deux jours de traitement par le sel d'Epsom pour faire disparaître les symptômes de dysenterie. Après la disparition des symptômes dysentériques, on administrait aux malades une potion astringente, avec de l'opium. Le mode d'administration de l'auteur est le suivant : on prend une quantité de sulfate de magnésie suffisante pour saturer 7 onces (210 grammes) d'eau, et on y ajoute 30 grammes d'acide sulfurique dilué. On prend une à deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau, toutes les heures, jusqu'à l'effet. On peut administrer, en même temps, du sulfate de morphine ou des lavements d'amignon laudanisés.

L'auteur affirme qu'au début de la dysenterie les solutions saturées de sel d'Epsom agissent d'une façon étonnante. S'il y a de la fièvre, elle disparaît ; le sang et les mucosités disparaissent des selles et elles deviennent abondantes, féculentes et bilieuses ; le ténésme cesse. L'anxiété des malades diminue ; les fonctions de la peau deviennent plus actives, et le sommeil apparaît après les premières doses. C'est principalement dans la dysenterie aiguë que la méthode du docteur Leady agit favorablement ; plus le cas devient chronique, moins bien agit cette méthode.

Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Ce traitement ne produit pas d'effets dépressifs sur le système nerveux ;

2° Il ne produit ni nausées, ni vomissements :

3° Il calme et repose le malade ;

4° Ses effets sur la muqueuse intestinale sont salutaires, puisqu'il fait disparaître l'hyperhémie, de sorte qu'il prévient la formation des ulcères, et ceux qui se sont déjà formés sont placés dans des conditions plus favorables pour la guérison. Il prévient l'inflammation aiguë et l'engorgement de la muqueuse, qui aboutit à une mortification des tissus. — P. N. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1890, n° 48.)

#### **Des lavements froids contre l'ictère.**—KRULL.

Dans le cas d'ictère simple catarrhal, Krull recommande les lavements d'eau froide. Un lavement de 1 à 2 litres d'eau, à douze degrés Réaumur, est injecté le premier jour. Les jours suivants, on élève peu à peu la température jusqu'à 18°. Dès les premiers lavements, l'appétit reparait, la sensibilité hépatique et épigastrique cesse à son tour, et les forces reviennent. — Selon Chauffard, qui a introduit cette méthode en France, on doit réussir en quatre à six jours, dans les ictères récents ou datant de plusieurs semaines. La désobstruction est accompagnée et suivie de polyurie et d'azoturie. Les lavements d'eau froide agissent en provoquant le péristaltisme intestinal. — Parmi les auteurs étrangers qui confirment les succès de cette méthode, on peut citer Lowenthal, Eichhorst et Pregadino. — N. G.

#### **Traitement de la fièvre typhoïde par le chloroforme.**

Par le Dr STEPP.

*Münchener medicin. Wochenschrift.* 1890. N° 45.

A la suite de nombreux essais, M. Stepp croit avoir acquis la preuve que l'administration interne du chloroforme donne d'excellents résultats non seulement dans le traitement de l'ulcère simple chronique de l'estomac, mais encore dans les cas de fièvre typhoïde. Dix-huit cas de cette maladie ont été traités par l'administration interne du chloroforme (1 gramme pour 150 grammes d'eau, à prendre en trois fois dans le courant de la journée); de temps à autre, on prescrivait également un peu de quinine. Sous l'influence de cette médication, la gravité de la maladie s'atténuait rapidement, la somnolence et le délire se dissipaient, la langue, de fuligineuse qu'elle était, redevenait humide. En même temps la température fébrile s'abaissait peu à peu; le stade continu faisait place au stade rémittant, et les malades ne tardaient pas à entrer en convalescence. Dans les cas graves, la durée moyenne de la fièvre a été de dix-neuf jours, dans les cas légers de huit jours.

L'auteur suppose que le chloroforme traverse l'organisme typhique

sans s'altérer, et que, chemin faisant, il exerce une action parasiticide. La médication n'a jamais eu de suites fâcheuses. Il n'y a pas à craindre que 1 gramme de chloroforme, administré en l'espace de vingt quatre heures, puisse exercer une influence délétère sur le sang (dissolution des globules rouges).

### Traitement du rhumatisme articulaire chronique.

POTAIN.

Le traitement du rhumatisme articulaire chronique comprend à la fois l'emploi des moyens hygiéniques et des agents thérapeutiques.

1. *Traitement hygiénique.* — Il consiste à éviter les causes de refroidissement. Le rhumatisant se nourrira abondamment et se livrera à un exercice modéré, mais suffisant.

II. *Médications.* — Dans la période fébrile, on pourra prescrire le salicylate de soude, l'antipyrine ou le sulfate de quinine aux doses ordinaires. Le salicylate de soude est beaucoup moins efficace ici que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dans la période apyrétique, on prescrira deux genres de médications : 1<sup>o</sup> les médications internes ; 2<sup>o</sup> les médications externes.

1<sup>o</sup> *Médications internes.* — On choisira entre ces deux agents thérapeutiques : l'iode et l'arsenic.

L'iode peut être administré soit sous forme d'iodure de potassium, soit directement à l'état de teinture. Dans le premier cas, on prescrira vingt-cinq centigrammes d'iodure de potassium deux à trois fois par jour : on augmentera les doses jusqu'à faire prendre au malade un, deux et même trois grammes de médicament en vingt-quatre heures. Le traitement devra être continué longtemps.

La teinture d'iode sera prise à raison de dix à vingt gouttes par jour. La quantité d'iode ainsi ingérée est d'ailleurs assez faible, puisque vingt gouttes de teinture ne renferment que deux centigrammes d'iode. Il faut avoir soin de diluer le médicament dans un volume de tisane suffisant pour que l'iode n'amène localement aucun trouble dans l'estomac.

L'arsenic convient spécialement aux sujets affaiblis. On l'administre à la dose de trois à six milligrammes par jour.

2<sup>o</sup> *Médications externes.* — Ce sont les bains et l'électricité.

Les bains devront être donnés avec de grandes précautions pour éviter les refroidissements. On devra maintenir autant que possible égale leur température. Lasègue insistait beaucoup sur cette condition.

À ce point de vue, les sources *thermales* présentent un réel avantage

puisque l'eau y est sans cesse au même degré de chaleur. Il faudra donc toujours préférer la piscine à la baignoire, à moins que l'eau courante ne circule dans celle-ci. Les bains pourront durer une ou deux heures.

Ce n'est pas seulement par leur thermalité, mais aussi par leur composition chimique qu'agissent les eaux minérales naturelles.

Quand le gonflement articulaire est plus prononcé encore, il faut employer les douches sulfureuses.

L'action de l'électricité ne paraît encore sûrement efficace que contre l'élément douleur de l'affection. Néanmoins, on peut en espérer de nouveaux résultats.

On fera usage des courants continus, par exemple en plongeant le membre dans un bain où l'on fait passer le courant.

Les courants induits peuvent réveiller la tonicité musculaire et enrayer la dénutrition des fibres. —(*Bullet. Médic.*)

## CHIRURGIE.

### Traitements de la carie vertébrale

Après avoir rappelé le traitement chirurgical indiqué par Horsley et MacEwen, M. Eiselberg conseille de suivre les règles ci-dessous :

Dans les cas où la tuberculose vertébrale ne donne lieu à aucun symptôme particulier, il est indiqué de se borner, au point de vue chirurgical, au repos et au décubitus dorsal. S'il y a abcès, mais l'abcès n'entraîne aucune incommodité, il faudra se borner à la même thérapeutique. Si, au contraire, l'abcès cause des souffrances, il est indiqué, soit de le ponctionner ou d'y injecter de la glycérine iodoformée, soit de l'ouvrir largement, de gratter la membrane pyogène, ensuite de remplir la cavité de glycérine iodoformée et de la fermer par satures. La guérison sera fréquemment obtenue.—(*Soc. imp. roy. de Vienne.*)

### Examen de l'urètre à l'état normal.

Pour être en mesure de faire utilement l'examen de l'urètre malade, il faut connaître très exactement ce que peut donner cet examen à l'état physiologique.

Lorsqu'on explore un urètre normal, cet examen doit porter sur trois points principaux : la sensibilité, l'extensibilité et les sécrétions.

Pour la sensibilité, l'explorateur à boule est l'instrument de choix,

car il permet d'examiner ainsi un point très limité. On trouve alors deux modes de sensibilité : celle qui existe sur toute l'étendue de la muqueuse qui est obtuse et va rarement jusqu'à la cuisson ; et celle qui existe dans la portion membraneuse ; il y a là toujours une sensibilité très vive, mais qui varie suivant les sujets. Elle est d'ailleurs limitée à un espace très restreint : mais, il faut le savoir, cette sensibilité est tout à fait normale et elle peut même indiquer la région où l'on se trouve.

L'étude de la capacité de l'urètre montre qu'il existe un peu d'étroitesse à l'entrée et aussi à ce niveau au point douloureux. A l'entrée il existe souvent une atrésie véritable et on a coutume de dire que c'est le méat qui est rétréci ; mais le plus habituellement c'est un peu en arrière du méat qu'existe cette étroitesse, et c'est là qu'il faut faire le débridement. Quant à la portion membraneuse, elle ne résiste à l'état physiologique que si elle est très sensible, et ce qui montre alors ce qui en est, c'est qu'on observe alors en même temps la résistance et la douleur. Cette coïncidence ne se voit pas ordinairement dans le rétrécissement vrai.

L'étude des sécrétions fournit encore des renseignements intéressants. On peut les observer, en effet, à l'état normal et, chez certains sujets, il suffit d'une très faible excitation pour les produire. Le plus souvent il se produit une sécrétion un peu filante que les malades considèrent comme du sperme. C'est la sécrétion des glandes bulbo-urétrales qui arrive très facilement au méat. Mais il y a des sujets qui, même sans aucune excitation, présentent la même sécrétion. Ce sont des individus normaux, mais qui cependant sont toujours des névropathes et arrivent très rapidement à l'état de spermatorrhéiques imaginaires.

Cette sécrétion bulbo-urétrale est à peu près la seule que l'on rencontre à l'état normale. Pourtant l'urètre postérieur peut dans quelques cas fournir une sécrétion blanchâtre, opaque, qui est provoquée soit par le cathétérisme soit par la défécation ; il s'agit alors du liquide prostatique.

L'examen de la prostate nécessite l'emploi de plusieurs procédés ; l'exploration par l'urètre donne les renseignements les plus certains ; c'est alors encore le même explorateur à boule qui doit être utilisé : à l'état normal, on ne doit éprouver dans cette région aucune sensation particulière. Si l'on veut ensuite examiner plus loin et pénétrer dans la vessie, il faut alors prendre un cathéter métallique à petite courbure ; on explore ainsi facilement le voisinage du col de la vessie.

Pour utiliser le toucher rectal, M. Guyon insiste depuis longtemps sur la nécessité d'employer les deux mains et d'examiner le malade,

non sur le côté, comme on le faisait autrefois, mais bien sur le dos. On doit précéder comme on le fait dans le toucher vaginal en appuyant une des mains sur l'abdomen. La prostate doit avant tout avoir une consistance régulière dans toutes ses parties, quoique plus ou moins volumineuse. De plus, à l'état normal elle est insensible à la pression ; mais il faut bien savoir que si la pression du doigt est exercée un peu plus bas, elle peut provoquer de la sensibilité, parce qu'alors c'est la portion membraneuse qui est en jeu. Il faut avoir cette notion bien présente à l'esprit pour ne pas commettre d'erreur.

(*Journ. de médecine et chir. pratiques.*)

### **Traitement des abcès froids et de la carie tuberculeuse par l'émulsion d'iodoforme.**

Les premières expériences relatives au traitement des lésions tuberculeuses locales par l'iodoforme datent de 1881. On se servait d'abord de solutions d'iodoforme dans l'éther qu'on injectait dans la cavité de l'abcès. Mais la douleur violente provoquée par ces injections fit renoncer à leur emploi. On se servit alors d'émulsions dans l'huile ou la glycérine. Billroth se sert d'un mélange de glycérine et d'iodoforme à 10 pour 100. L'abcès froid est ouvert suivant son grand diamètre après avoir appliqué la bande d'Esmarck. On frotte alors toute la cavité de l'abcès avec un tampon d'iodoforme, après quoi on lave avec une solution de sublimé à 1/3000. Tous les diverticules doivent être soigneusement nettoyés et toute fistule ouverte, puis on gratte le tissu osseux. Une fois la cavité bien nettoyée, on sature de manière à laisser une grande ouverture dans laquelle on verse l'émulsion d'iodoforme. Le pansement doit exercer une certaine compression sur toute la région.

L'opération entraîne souvent un état fébrile qui dure trois ou quatre jours. La guérison est plus rapide et se fait souvent par première intention si la peau est saine. Billroth a cependant remarqué que les plus grands abcès avec fistules plus ou moins nombreuses donnent d'excellents résultats par cette méthode.

Si l'abcès est déjà ouvert, on retranche les bords fistuleux, et on les réunit par une suture. On injecte ensuite l'émulsion d'iodoforme par un à drainage. La plupart des fistules guérissent ainsi immédiatement.

(*Revue de thérap. méd. et chir.*)

### **Du traitement des végétations non syphilitiques des organes génitaux externes.**

D'après un confrère russe, M. le docteur Tchernomordik, le meilleur moyen contre les végétations d'origine non syphilitique des organes génitaux externes (condylomes acuminés) serait le mélange suivant, préconisé par M. le docteur Bockhart, sous le nom de *plomb caustique*.

Oxyde de plomb..... 0 gr. 25 centigr.  
 Solution de potasse caustique à 33" 7 50 —

Mêlez. — Usage externe.

Les végétations, pralablement lavées avec un désinfectant et essuyées ensuite à sec, sont badigeonnées avec un petit tampon d'ouate enroulé autour d'une baguette, tampon qu'on a plongé dans le mélange ci-dessus après l'avoir bien agité. Au bout de cinq minutes elles noircissent et se transforment en une masse de consistance muqueuse se laissant facilement enlever avec de l'ouate. Il en résulte une petite plaie qu'on saupoudre d'iodoforme.

Lorsque les végétations sont très volumineuses, on est obligé de les badigeonner deux ou trois fois avec le plomb caustique, ce qu'on peut très bien faire en une seule séance, pourvu que les végétations ne soient pas trop nombreuses. Dans le cas contraire, il est nécessaire de faire plusieurs séances à des intervalles de deux à trois jours.

Ces cautérisations étant peu douloureuse, on peut, dans la majorité des cas, se passer de cocaïne. — *Le Courrier Médical.*

## GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

### Utérus gravide, action du sulfate de quinine.

Dans une communication à la Société de médecine de Gand, M. le Dr. BERTRAND, de Vracene, examine l'effet que peut produire le sulfate de quinine pendant l'état de gestation. A ce sujet, l'opinion varie : les uns le regardent comme excitant ou croient qu'il est nuisible ; d'autres pensent que son action est insignifiante. L'auteur dans sa pratique, a parfaitement suivi et examiné ce qui se passe à ce sujet, à toutes les périodes du travail, et il a été amené, après une vigoureuse observation, à formuler les conclusions suivantes.

Le sulfate de quinine :

1<sup>o</sup> Est sans effet sur l'utérus pendant toute la durée de la grossesse et incapable de produire, à lui seul, soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré ;

2<sup>o</sup> Il occupe le premier rang comme excitant utérin pendant toute la durée du travail.

*N.-B.* — Il est à remarquer que : 1<sup>o</sup> pour obtenir de bons résultats du quinine comme agent excitant, il faut le donner à la dose d'un

gramme, de préférence en une prise. En cas de nécessité, on pourrait élever la dose jusqu'à deux et trois grammes ;

2<sup>o</sup> Pour empêcher les vomissements que pourrait occasionner son extrême amertume, il est prudent de le donner dans une hostie ;

3<sup>o</sup> Enfin si l'accouchée se trouvait dans l'impossibilité d'avaler, on pourrait l'administrer en lavement ou en injection hypodermique.

(*Gaz. de Gyn.*)

### **Traitement médical de l'endocervicite catarrhale. Scarifications et topiques.**

Les injections vaginales et les pansements vaginaux sont insuffisants pour amener la guérison de l'endocervicite, au moins dans la très grande majorité des cas. Parmi les moyens qu'il faut leur associer, un des plus utiles sans contredit consiste dans l'emploi des scarifications du col.

Ces scarifications décongestionnent l'utérus et en particulier la muqueuse du canal cervical, elles font par suite cesser la tension et le boursofflement de la muqueuse, cause de nombreux réflexes. Il ne faut pas oublier en effet que le canal cervical est la zone réflexogène par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Ces scarifications divisent un certain nombre de petits vaisseaux et diminuent par conséquent l'apport du sang vers la muqueuse malade. Elles ouvrent les petits kystes de Naboth qui, comprimant les tissus voisins sont une cause d'irritation persistante.

Les scarifications doivent être faites en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses, à l'aide d'un scarificateur très aigu ; on les fera sous forme de ponctions simples, en nombre variable suivant le degré de congestion du museau de tanche, de façon à faire écouler 10 à 20 grammes de sang. On les répètera une à trois fois par semaine suivant les cas.

Un grand nombre de topiques solides et liquides ont été employés pour modifier la surface des ectopions et le canal cervical.

Le crayon de nitrate d'argent, trop souvent encore utilisé, n'agit que très superficiellement, obture les orifices glandulaires et donne lieu à la formation de kystes de Naboth. Ses inconvénients l'emportent sur les avantages qu'il présente ; c'est un moyen à abandonner.

Les crayons de sulfate de zing, les crayons iodoformés, les crayons de sublimé laissés à demeure dans le canal cervical déterminent très souvent des douleurs d'expulsion très vives, quelquefois même ils donnent lieu à des vomissements ou à d'autres réflexes plus ou moins pé-

nibles. Aussi, malgré les services qu'ils peuvent rendre, les ai-je complètement abandonnés.

Je ne me sers que de topiques liquides, portés à la surface du nouveau de tanche et dans le canal cervical à l'aide du porte-topique de Playfair.

Les plus recommandables sont les suivants :

1<sup>o</sup> Solution normale de perchlorure de fer.

2<sup>o</sup> Teinture d'iode pure.

3<sup>o</sup> Acide picrique en solution aqueuse saturée.

4<sup>o</sup> Résorcine à 20 ou à 40 o/o.

5<sup>o</sup> Clhorydrate de cocaïne à 10 o/o lorsqu'il y a des réflexes sérieux ou bien lorsqu'il existe une sensibilité locale excessivement vive.

Tous ces moyens ont une action ant.septique évidente que nous analyserons dans le prochain formulaire.— JULES CHÉRON. *Revue Méd-Chir. des Maladies des Femmes.*

### **Injection sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorragies puerpérales.**

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1890, n<sup>o</sup> 23.)

Le docteur Misrachi recommande l'emploi des injections de caféine dans les cas d'hémorragie post-partum, lorsqu'il y a intérêt à agir rapidement, surtout lorsque le médecin arrive après que la patiente a déjà eu une hémorragie. Ce traitement peut avoir certains avantages à la campagne, s'il est arrivé au médecin par exemple d'avoir à soigner des cas de maladies infectueuses, diphthérie ou érysipèle, et qu'il n'ait pu procéder à une désinfection complète de ses mains.

Suivant l'auteur, la caféine agit plus rapidement que l'ergot et produit un meilleur résultat que l'éther, bien que ce dernier soit un stimulant plus rapide. La caféine est administrée en solution qui sert aux injections hypodermiques ; chaque injection renferme 20 centigrammes de caféine et l'on fait trois ou quatre injections de suite, ce qui fait au total 80 centigrammes de caféine.

Pour faciliter la dissolution, on emploie du benzoate de soude, les deux substances se dissolvent dans l'eau chaude. En résumé, la caféine injectée arrête l'hémorragie et agit comme stimulant ; en conséquence, l'auteur recommande de porter sur soi des paquets de benzoate de soude et de caféine. — P. N.

## PÆDIATRIE.

### Traitement du muguet chez les enfants.

Chez les enfants en âge de se gargariser, on prescrira des gargarismes ou des irrigations buccales avec des infusions ou des décoctions emollientes (mauve, guimauve, graine de lin). Mais le remède souverain contre le muguet consiste dans l'emploi des alcalins, par la raison bien simple que le champignon du muguet ne peut se développer que dans un milieu acide. On prescrira donc, ainsi que le recommande M. Descroizilles (1), le bicarbonate de soude associé à la glycérine dans la proportion d'un dixième à un quinzième, ou l'eau de Vichy (source des *Célestins*) en lavages ou en irrigations. Quelquefois il est nécessaire de recourir aux cautérisations des surfaces malades avec le nitrate d'argent. On a également vanté les lavages de la cavité buccale avec de l'eau oxygénée.

Il y a lieu, d'autre part, de prescrire un traitement général contre la cause première du muguet : troubles dyspeptiques intestinaux, état cachectique, diathèse. Lorsqu'on a affaire à des troubles dyspeptiques, M. Descroizilles conseille de recourir à l'eau de Vichy ou à l'eau de chaux, qu'on fait prendre par la bouche, à la dose d'une cuillerée à café, plusieurs fois par jour. On prescrira en outre des lavements emollients et légèrement laxatifs. Quand existent des symptômes d'entérite, on fera prendre du sous-nitrate de bismuth, à la dose quotidienne de vingt-cinq centigrammes à un gramme, associé, au besoin, au laudanum de Bydenham (deux gouttes).

Dans les cas d'anémie, ou quand il existe une complication grave, telle qu'une pneumonie, soutenir les forces en prescrivant des vins généreux, de l'eau-de-vie, du jus de viandes concentré.

Enfin le traitement prophylactique ne devra pas être négligé. A défaut d'une bonne nourrice, on devra faire consister l'alimentation artificielle "exclusivement en lait coupé avec une proportion variable d'eau de Vichy, d'eau de chaux ou d'eau-de-vie, en prescrivant rigoureusement la cassonnade, la mélasse et les autres substances amylacées." (Descroizilles). Après chaque tétée, la bouche de l'enfant sera nettoyée avec soin à l'aide d'un chiffon. Enfin les biberons, mamelons chez les nourrices, seront maintenus dans un état d'extrême propreté.

Dans la prescription des collutoires et des potions, éviter l'emploi des substances sucrées, sucre, miel, dont les produits de fermentation exercent une influence fâcheuse sur l'évolution du muguet.

(Revue de thérapeutique)

(1) DESCROIZILLES. *Traité élémentaire de pédiologie infantile*, 1891, p. 120.

## MALADIES NERVEUSES.

**Traitement de l'Hystérie convulsive.** — (Dr. PITRES, professeur à la Faculté de Bordeaux.)

Appelé auprès d'une malade en proie à une crise convulsive d'hystérie, le médecin doit éloigner de la chambre tous les dévouements inutiles, prier surtout les personnes qui maintiennent la malade de ne pas trop la serrer et se borner à éviter les chutes dangereuses. En effet, une pression violente et continue sur une zone spasmodogène renouvelle et prolonge indéfiniment les convulsions.

Il appartient au médecin de rechercher les zones spasmodogènes. En commençant par les régions où siègent le plus fréquemment ces zones c'est-à-dire les régions ovarienne et épigastrique. S'il les trouve (elles n'existent pas toujours), une pression énergique fait cesser la crise comme par enchantement.

Une autre méthode efficace, c'est la compression lente des globes oculaires. Elle doit être faite avec douceur et prolongée pendant plusieurs minutes. Elle a pour effet de provoquer le sommeil hypnotique. On peut laisser la malade dans l'état de sommeil jusqu'à ce qu'elle en sorte spontanément ou bien la réveiller brusquement par des procédés habituels, particulièrement par l'insufflation sur les globes oculaires.

M. Bernhëin (de Nancy) propose de provoquer d'emblée le sommeil hypnotique par suggestion verbale. Il dit aux malades : *Vous ne souffrez plus, vous allez dormir, vous dormez. C'est fini, réveillez-vous !* Dans la plupart des cas les crises s'arrêteraient par le fait seul de ces injections impératives. Ce procédé ne réussit que chez les malades très suggestibles.

Une autre méthode thérapeutique dont l'efficacité est incontestable, c'est l'électrisation à l'aide de courants continus. On place un électrode sur le front et l'autre sur un point quelconque du ventre ou des cuisses, et l'on intervertit à l'aide du commutateur le sens du courant.

Pour obtenir un résultat rapide, il convient de se servir de courants assez forts (30, 40 et 80 éléments de l'appareil Trouvé). Après une, deux ou trois inversions, l'attaque s'arrête tout net. Le malade se réveille aussitôt et reprend immédiatement connaissance.

Le principal inconvénient de cette méthode, c'est qu'elle exige des appareils que l'on n'a pas constamment sous la main. On peut, au contraire, toujours se procurer sans difficultés certaines substances médicamenteuses dont les inhalations ont souvent d'excellent effets. Parmi ces

substances M. Pitres cite la bromure d'éthyle, l'éther, le chloroforme, le nitrite d'amyle.

Enfin, dans certains cas, les injections sous-cutanées de morphine ont une action puissante; elles enrayent très rapidement les convulsions, mais il faut les employer avec une extrême prudence, parce que les hystériques deviennent très facilement forminomanes. Les lavements de chloral peuvent aussi rendre quelques services.

A l'effet d'éviter le retour immédiat des convulsions, le médecin dispose des moyens divers applicables selon les cas.

Si la malade a une ou plusieurs zones spasmogènes très douloureuses et très excitables, il est indiqué d'appliquer sur ces zones des sachets de glace ou d'y faire à des intervalles assez rapprochés des pulvérisations d'éther.

Si la malade a une zone spasio-frénatrice très active, on peut, en la comprimant au début de l'aura des attaques ultérieures ou en exerçant sur elle une compression permanente, empêcher l'explosion de nouvelles convulsions.

On peut encore modifier l'excitabilité des centres nerveux par l'administration d'une forte dose de chloral ou de morphine.

Si la malade est hypnotisable, on peut lui suggérer de n'avoir plus d'attaques pendant un laps de temps déterminé.

Enfin il est un moyen que M. Pitres emploie souvent dans son service et qui lui a donné quelquefois d'excellents résultats malgré son étrangeté, c'est l'emploi de lunettes colorées. Il en est des couleurs comme des pressions exercées sur certains points du corps des hystériques. Les unes provoquent immédiatement l'explosion d'attaques convulsives, d'autres déterminent en quelques secondes le sommeil hypnotique, d'autres enfin donnent lieu à une sensation de bien-être des plus agréables. Le professeur cite l'observation d'une jeune fille chez laquelle l'emploi des lunettes à verre rouge eut un effet merveilleux, soit pour prévenir la crise convulsive, soit pour en éloigner le retour.

## MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX.

**Traitement de l'otohorrhée par le tannin**, par le Dr. PRALATI. (*Il Morgagni*, partie II, 1 mars 1890.)

Dans les cas où tous les liquides antiseptiques ou astringents, l'acide borique, etc., échouent, l'auteur emploie depuis quatre ans le tannin

qui ne lui aurait pas encore donné un insuccès. Après avoir bien lavé l'oreille avec de l'eau bouillie tiède et salée et séché avec soin, il remplit l'oreille avec l'acide tanique. Deux jours après, si le conduit renferme un liquide dense, adhérent, couleur caramel, le but est atteint; si au contraire il y a du pus il faut recommencer le pansement et le faire tous les deux jours jusqu'à guérison. Dans un grand nombre de cas, un seul pansement suffit.

M. LS.

### Accidents graves consécutifs à l'instillation de cocaïne dans la caisse du tympan,

Par le Dr FICANO.—(*Gazz. degli Ospitali*, 26 octobre 1890.)

F... rapporte l'histoire d'une femme de 45 ans, atteinte d'otite moyenne sèche avec diminution de l'audition, mais qui se plaignait souvent de bourdonnements et de bruit de cloche. Ces derniers furent très améliorés par l'emploi de la cocaïne en instillation par le cathéter. Dans la crainte de les voir revenir, la malade se faisait traiter de temps à autre. Vers le milieu d'août, 5 à 6 minutes après une instillation, tremblement, vertiges et nausées, puis vomissements qui durèrent quatre heures; la malade comparait son état au mal de mer. Il ne s'agissait pas d'un empoisonnement pour quatre ou cinq gouttes d'une solution à 5 0/0, mais plutôt de troubles dans la tension intralabyrinthique (rétrécissement des vaisseaux de la caisse propagé au labyrinthe ou changement de place de la chaîne des osselets par rétraction de la muqueuse de la caisse).

M. LS.

## FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

### Ipecacuanha contre l'inerte utérine.

Dans des cas d'inerte utérine, avec ou sans spasme du col. Drapes (*The British medical Journal*, 6 décembre 1890) a obtenu d'excellents résultats en administrant, à des intervalles de dix minutes, du vin d'ipecacuanha par petites doses.

\* \* \*

### Iodure de potassium contre l'urticaire

L'urticaire complique souvent l'asthme. Partant de cette idée que l'iodure de potassium est préconisé à juste titre contre cette dernière maladie, Stern (*Munchner medic. Wochenschrift* 1890) a prescrit le

même médicament dans des cas d'urticaire aigu, subaigu ou chronique. Les résultats ont été très satisfaisants : amélioration franche, quand il n'y avait pas de guérison.

\* \* \*

### Remède contre les pollutions fréquentes.

— Ce remède, préconisé par Bumsteadt (*Canada Lancet*, 1890), consiste dans l'administration interne de la solution suivante :

Rec. Bromure de potassium	} aa 30 g.
Teinture de perchlorure de fer	
Eau distillée.....	90 g.

M. Une ou deux cuillerées à thé après chaque repas et avant le coucher.

— (*Revue de Thérapeutique.*)

\* \* \*

### La compression élastique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

D'après les observations d'un confrère anglais, M. le docteur Mac-Nalty, les sujets atteints de goître ophtalmique sont singulièrement soulagés par la compression douce du corps thyroïde tuméfié, au moyen d'une bande en caoutchouc (bande Martin) enroulée autour du cou, et que les malades portent pendant le jour pour l'enlever au coucher.

Contre les battements excessifs ressentis dans le corps thyroïde, les applications de collodion belladonné, sur le goître, rendent souvent d'excellents services.

(*Courrier médical.*)

\* \* \*

### Dyspepsie stomacale. DARIÉ.

Liqueur de Fowler.....	3 grammes
Teinture de noix vomique.....	8 —

10 gouttes avant les deux principaux repas.

\* \* \*

### Injectons uréthrales de salicylate de mercure dans la blennorrhagie. A. G. SILBERMINZ.

Salicylate de mercure.....	0,20 cent.
Eau distillée.....	150 gram.
Gomme arabique .....	q. s.

Pour faire une émulsion.

S. Après avoir agité, injectez trois fois par jour deux seringues de Pravax.

**Solution contre l'hyperhydrose.** — KAPOSI.

Acide tannique pur..... 5 grammes.  
Alcool rectifié..... 200 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en frictions, plusieurs fois par jour, dans le cas d'hyperhydrose axillaire. Tandis que la peau est encore humide, on la saupoudre avec du talc pulvérisé. — Dans l'hyperhydrose des pieds, essuyer ces derniers avec un linge sec ; pas de bains. — Saupoudrer les chaussettes avec de la crème de tartre, de l'amidon, de la poudre de talc, du lycopode ou de la poudre d'amandes. — Porter des chaussures légères. — Enfin, pour calmer les démangeaisons résultant de l'hyperhydrose généralisée, on a recours à des lavages avec des liquides alcoolisés ; puis on étend sur la peau une couche d'amidon — S'abstenir de frictions avec la glycérine, les huiles ou les pommades. — N. G. (*Union Médicale.*)

\*  
\* \* \*

**Crayons contre l'endométrite.** — TERRIER.

Iodoforme pulv..... 10 grammes.  
Gomme adragante..... 0 gr. 50 centigr.

Glycérine et eau distillée ââ q. s. pour 10 crayons.

Ces crayons sont conseillés contre l'endométrite légère, alors que l'exploration directe de la cavité utérine et la dilatation ne sont point nécessaires. — On peut remplacer l'iodoforme par le salol ou la résorcine, employés aux mêmes doses. — Si l'on désire avoir recours au bichlorure de mercure, on prépare les crayons de la manière suivante :

Bichlorure de mercure..... 0 gr. 50 centigr.  
Talc pulv..... 25 grammes.  
Gomme adragante..... 1 gr. 50 centigr.

Glycérine et eau distillée ââ q. s. pour 50 crayons.

On commence par laver et désinfecter le vagin, au moyen d'ouate imbibée d'une solution de bichlorure de mercure à 1/10000<sup>e</sup> ; puis on introduit les crayons dans la cavité utérine, et on les y maintient à l'aide de tampons d'ouate iodoformée ou salolée, qui remplissent le vagin. — N. G. (*L'union Médicale.*)

\*  
\* \* \*

**Potion calmante antihystérique.** GRASSET.

Hydrate de chloral.....	4 gram.
Bromure de sodium.....	4 —
Extrait de jusquiame.....	0,04cent.
Extrait de chanvre indien.....	0,04 —
Julep gommeux.....	64 grammes.

*R. s. a.* une potion, dont on fait prendre à titre d'hypnotique de deux à quatre cuillerées. On les administre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, le soir, à partir de dix heures, dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger, aux hystériques qui se plaignent d'agitation pendant la nuit et d'absence de sommeil. L'antipyrine est également un bon médicament de la douleur dans l'hystérie (migraine, névralgies). Quant aux bromures, l'auteur leur associe généralement l'arsenic.

**NOUVELLES MÉDICALES.**

Nos confrères canadiens-français de la Nouvelle-Angleterre viennent de commencer la publication d'un journal de médecine : " Le Journal de la Société Médico-Chirurgicale Canadienne-française de la Nouvelle-Angleterre."

C'est le premier journal de médecine publié en langue française aux Etats-Unis.

Nous félicitons nos compatriotes de leur esprit d'initiative et nous souhaitons au nouveau journal tout le succès qu'il mérite.

M. le Dr O. Raymond vient d'être nommé médecin de la prison des hommes.

M. le Dr Lamoureux a été nommé médecin de la prison des femmes.

**NAISSANCE**

A Montréal, 1133 rue Ontario, le 21 février 1891, l'épouse du Dr S. Boucher a donné naissance à un fils, Edouard, Henri, Séraphin.

## BIBLIOGRAPHIE

**Publications de la maison Marcel Nierstrasz, Liège Belgique.**

*Traité de médecine opératoire, (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens* par le DR KARL LÖBKER, privat-docent de chirurgie à l'université de Greifswald.—Traduit de l'allemand d'après la deuxième édition par le DR HERMAN HANQUET, médecin de bataillon. — Préface par M. ALEX. VON WINIWARTER, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Liège.

Un vol. gr. in-8 de XII-534 p., avec 271 fig. dans le texte.—1890.—16 francs.

Ce dont se plaignent les étudiants et les praticiens lorsqu'ils veulent étudier la partie de la chirurgie qui a trait au manuel opératoire, c'est l'absence d'un ouvrage précis, qui tout en ne leur offrant pas de détails inutiles, les mettrait néanmoins au courant de la technique des opérations chirurgicales, telles qu'elles se pratiquent de nos jours.

Le livre de M. Lobker, traduit par M. Hanquet, nous semble être appelé à combler cette lacune. L'auteur met de côté, toutes les vaines dissertations ; toutes les méthodes qui ne sont plus en usage, pour ne s'occuper que des procédés modernes.

Lorsqu'une opération peut être pratiquée selon différentes méthodes, l'auteur décrit d'abord celle qui est généralement regardée comme classique ; puis ensuite, celles qui sont le plus usitées : " Dans le choix des méthodes opératoires, dit-il, j'ai pris pour règle de toujours exposer en premier lieu celles qui sont actuellement reconnues comme les plus pratiques ; puis j'ai choisi celles qui servent en quelque sorte de type à tout un groupe ; enfin, j'ai tenu à décrire quelques opérations d'un usage moins courant, mais qui me paraissent constituer de très bons exercices au point de vue de la technique opératoire."

L'ouvrage de M. Lobker est essentiellement moderne ; toutes les opérations les plus récentes y sont décrites, la résection de l'estomac, les opérations sur les voies biliaires, les nouveaux procédés d'extirpation du rectum, etc. ; et sous ce rapport, M. Lobker comble une véritable lacune dans la littérature médicale.

Le livre comprend dix parties ou chapitres qui traitent successivement de la division et de la réunion des tissus ; de la ligature des vaisseaux sanguins dans la continuité des tissus ; des amputations et des désarticulations des membres : des résections des os et des articulations ;

des opérations sur les muscles et les tendons ; des opérations sur les nerfs ; des opérations plastiques ; des opérations sur les voies respiratoires et le thorax, des opérations sur les organes digestifs ; et enfin, des opérations sur les organes génito-urinaires de l'homme.

La description des procédés opératoires est précédée de l'exposé des notions anatomiques indispensables à connaître, et suivie, chaque fois que la chose est utile, des indications relatives à l'hémostase, à la suture, au drainage et même au pansement ; les figures n'ont pas été ménagées, et on sait de quels secours elles sont dans un traité de médecine opératoire.

\*  
\*  
\*

*Guide de Dissection et Resume d'Anatomic topographique redigé d'après le Manuel de D. J. CUNNINGHAM, D.M., Professeur d'Anatomie et de Chirurgie à l'Université de Dublin, par le Dr PIERRE KUBORN, Assistant d'Anatomic. Préface par M. FELIX PUTZLAS, Professeur à l'Université de Liège.* Un volume petit in-8vo d'environ 400 pages, avec figures.

\*  
\*  
\*

*Eléments de Neuropathologie generale, par le Dr XAVIER FRANCOFFE, Professeur à l'Université de Liège.* Un volume petit in-8vo, avec 13 figures dans le texte.—1889. Prix : 3 frs.

\*  
\*  
\*

*Recherche des Bactéries dans les tissus animaux : Guide pratique rédigé d'après des travaux personnels par le Dr KUHN (de Wiesbaden). Edition française par MARTIN HERMAN, Préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique. Preface par M. CH. FIRKET, Professeur à l'Université de Liège.* Un volume petit in-8vo, 1889. Prix : 2 fr.

\*  
\*  
\*

*Du traitement du Typhus abdominal : Conferenc clinique par le Professeur Dr H. de ZIEMSEN, Directeur de la Clinique médicale à Munich. Traduit de l'allemand par le Dr V. CHAUVIN.—Brochure gr. in-8vo, 1889. Prix : 1 fr. 25.*

\*  
\*  
\*

*Des Accidents : Secours à donner avant l'arrivée du médecin, par le Dr P. TROISFONTAINES, Ancien Assistant à l'Université de Liège, Chirurgien des hospices, Membre de plusieurs sociétés savantes.* Un vol. in-18, avec 23 figures dans le texte, 1890.—Prix : 1 fr. 25.

Dans notre prochaine livraison nous donnerons une appréciation de ces ouvrages.