

## 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.

- 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.

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 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 MONTREAL

---

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

---

---

№ VOL. V.

MONTREAL, JUILLET 1891.

No 7.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

---

### QUELQUES NOTES DE MON CARNET

---

#### **Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique**

Par le Dr G. B. FARIBAUT,  
Ancien médecin interne de l'Hôtel-Dieu (Montréal) Paris.

Trop souvent, la fonte tuberculeuse et les abcès non spécifiques de la prostate se trouvent associés dans une description commune. Une distinction est cependant nécessaire.

Le phlegmon prostatique a sa physionomie propre.

La tuberculisation de la glande représente à son tour une individualité morbide parfaitement définie : c'est une véritable phtisie de l'organe. Je laisserai de côté cette seconde forme, les suppurations franches de la prostate devant seules m'occuper.

*Étiologie.*—L'étude attentive des conditions pathogéniques habituelles de la prostatite, démontre un premier fait sur lequel il importe d'insister avant toute autre considération ; je veux parler des relations intimes qui unissent l'inflammation de la prostate à celle de l'urèthre. Cette loi générale domine l'histoire étiologique des abcès de la prostate. L'urétrite en est la cause prédisposante dans presque tous les cas, et c'est elle qui, bien souvent suffit à les produire sans l'intervention d'aucune autre influence.

Mais à côté de ce fait, il est beaucoup d'autres circonstances qui sont incapables de provoquer par elles mêmes l'inflammation suppurative d'une prostate saine et qui cependant, peuvent devenir des causes déterminantes efficaces lorsque l'organe se trouve préalablement irrité ou congestionné.

Il y a un organe ou une portion d'organe chez la femme qui est l'analogue de la prostate chez l'homme : c'est le col de l'utérus. Même glande, même tissu musculaire et conduit muqueux au centre. La femme présente des engorgements du col qui offrent des poussées aiguës et dont nous suivons l'évolution. Les excès de table, les marches forcées, la rétention volontaire d'urine, les rapports sexuels forcés, le froid, causent ces poussées inflammatoires, et il est constant que ces poussées soient suivies d'une hypersécrétion du liquide utérin normal qui devient louche et presque purulent. Cet état est de toute évidence une inflammation des glandes utérines. Les accès de prostatite dans les grosses prostates sont des maladies de même nature et il n'y manque même pas cet écoulement muqueux et purulent que l'on observe dans les métrites du col, trois jours après la poussée inflammatoire.

L'influence de l'âge est en réalité indirecte et les abcès de la prostate s'observent surtout aux âges que la blennorragie choisit pour prodiguer ses effets immédiats ou tardifs.

Les prostatites traumatiques offrent une certaine fréquence et l'on comprend d'ailleurs que ces contusions et surtout les plaies de l'organe, soient une cause réelle d'inflammation. Il est un mode de contusion qui joue fréquemment le rôle de cause déterminante dans la production des abcès de la prostate : c'est la contusion de dedans en dehors par l'intermédiaire d'une sonde, d'un instrument mal dirigé, d'un cathétérisme inhabile, impatient ou entêté ou même d'une injection forcée. A côté de cette variété de traumatisme, il faut ranger la contusion chronique ou répétée, telle qu'elle peut résulter de l'application longtemps prolongée du périnée sur un corps dur ou des ébranlements multiples occasionnés par l'équitation. Il convient de citer aussi les diverses opérations qui portent sur le col de la vessie ou sur la portion prostatique du canal et les éraillures dues aux fragments de calculs qui s'engagent dans la portion prostatique du canal après la lithotritie. Mais le groupe étiologique le plus souvent observé est certainement celui des prostatites par propagation. Cette propagation se fait par contiguïté quelquefois et presque toujours par continuité. C'est par le premier de ces mécanismes qu'agissent certaines causes rares, mais réelles, de prostatites, telles que les hémorrhoides, la rectite, la fistule anale, les inflammations des vésicules séminales, etc.

Bien autrement fréquentes se rencontrent les prostatites par conti-

nuit. Le rôle important de l'urétrite envisagée successivement comme cause déterminante et prédisposante de la prostatite suppurée nous est déjà connu. Les prostatites par continuité s'observent chez les malades affectés de rétrécissement de l'urètre, de blennorragie, ou de cystite. Celles développées sous l'influence d'un rétrécissement de l'urètre ou de la blennorragie offrent une fréquence très grande. Sur quatre cas que j'ai pu observer dans les différents hôpitaux de Paris et que j'ai étudiés spécialement en vue de ce travail, l'urétrite est notée 9 fois. L'inflammation limitée d'abord à la partie antérieure du canal s'étend peu à peu vers les parties profondes et gagne ainsi la prostate. Les sujets lymphatiques ou dartreux sont particulièrement exposés à ces extensions successives ; mais il faut savoir que les injections peuvent ici jouer un rôle capital en transportant mécaniquement le pus des parties antérieures du canal vers la région prostatique. Enfin, les prostatites par irritation directe et par excès de congestion sont assez nombreuses. Dans un premier groupe, on peut ranger les causes telles que les calculs prostatiques, les cautérisations de la région prostatique avec le nitrate d'argent solide, les injections caustiques, le cathétérisme répété, les bougies et sondes à demeure, l'absorption des cantharides, les excès alcooliques, etc. Dans un second, une série de causes, constituées par toutes les circonstances susceptibles de déterminer un excès de congestion du côté de la région prostatique, telles que les excitations sexuelles : coït, masturbation, pollution nocturne. Les fatigues de toutes sortes, les marches exagérées, la superpurgation, la constipation nécessaire, la constipation excessive, les habitudes sédentaires, l'hypertrophie prostatique, l'état variqueux des veines du rectum, appartiennent à ce dernier groupe étiologique.

*Anatomie pathologique.*—Lorsqu'on examine une prostate envahie par la suppuration, les lésions se présentent sous trois aspects principaux.

Dans une première série de cas, on constate les altérations d'une simple adénite, d'une prostatite catarrhale. Les glandes sont dilatées et leurs orifices élargis laissent s'écouler, à la pression, une quantité plus ou moins considérable de gouttelettes purulentes.

Ailleurs, le parenchyme est encore parsemé de petits abcès isolés qui parfois se comptent par centaines. Mais ici la sécrétion purulente siège autour ou dans l'interstice des grains glanduleux et ceux-ci gorgés d'un liquide puriforme ressemblent à des canaux qu'on aurait injectés avec de la cire.

Enfin, dans un troisième groupe de faits, on observe la destruction

d'une partie ou de la totalité de la glande et la formation d'une sorte de cavité creusée en plein tissu prostatique.

Les premiers stades de la prostatite sont moins connus ; les autopsies sont en effet exceptionnelles à cette période et les examens histologiques font défaut. Dans un cas observé par M. Thompson l'organe tuméfié et volumineux paraissait tendu et dur à la pression, les plexus veineux étaient gorgés de sang, la muqueuse urétrale participait un peu à cette congestion générale et le parenchyme présentait à la coupe une coloration rouge accentuée.

### *Symptômes — Marche — Pronostic*

La rétention plus ou moins complète de l'urine et les douleurs de la miction sont les deux symptômes fondamentaux de toute inflammation prostatique. Les autres symptômes locaux ou généraux qui accompagnent la suppuration de la prostate se présentent sous des aspects très différents suivant les cas particuliers et pour répondre aux exigences de la clinique, il importe de distinguer deux formes de prostatites : l'une véritable plegmon, conduisant rapidement à la suppuration, avec toutes les allures d'une phlegmasie franchement aiguë ; l'autre, suppurative à courte échéance comme la précédente, mais plus insidieuse et moins aiguë dans son évolution.

Cette dernière forme s'observe de préférence sur les sujets qui souffrent de quel-qu'affection ancienne des voies urinaires. C'est au cours d'un écoulement chronique de l'urètre, par exemple, que les accidents apparaissent. Le malade éprouve brusquement un peu de pesanteur périnéale, l'émission du jet de l'urine devient plus difficile et provoque une cuisson plus ou moins vive dans le fond du canal, puis ces différents symptômes s'accroissent un peu, la dysurie augmente sans que les besoins d'uriner soient plus fréquents, et l'apparition d'un léger frisson vient parfois signaler la formation du pus. Lorsque l'abcès occupe la partie la plus déclive de la glande, le toucher rectal le fait reconnaître. Le cathétérisme vient souvent confirmer le diagnostic, la sonde crève la petite poche ; mais il arrive aussi que la collection se vide spontanément dans l'urètre : un peu de pus mélangé de sang, s'écoule par le canal, et, si le fait n'est pas observé l'abcès passe inaperçu.

Dans les formes aiguës franches, la physionomie générale de la maladie est toute différente. Le malade est pris d'un frisson plus ou moins violent, la température s'élève, il y a de la céphalalgie, une soif vive et des phénomènes graves surviennent rapidement du côté de la région prostatique. Les douleurs de la miction peuvent être excessives

et la retention complète. Ailleurs le début est moins brutal et les symptômes moins alarmants, mais il y a toujours de la fièvre et une sensation de pesanteur ou de tension gravative vers le périnée et l'anus. La maladie se confirmant, les autres symptômes persistent et ne font que s'accroître. Il y a de l'inappétence, une soif vive avec enduit saburral de la langue, de l'insomnie et de l'agitation ; les douleurs augmentent, les mouvements et la marche deviennent impossibles, le croisement des jambes et la position assise éveillent des souffrances très vives que les efforts de défécation viennent encore augmenter.

La dysurie est souvent excessive ; l'urine sort en jet grêle intermittent, on même goutte à goutte, et provoque à son passage une sensation de brûlure dans la profondeur du canal.

Tous les symptômes généraux et locaux que je viens d'énumérer s'observent aussi bien dans la prostatite simple que dans le phlegmon périprostatique.

Dans la prostatite simple, la prostate est grosse, tendue et très douloureuse. Mais toujours les tissus périprostatiques conservent leur souplesse ; la glande seule est malade, ses limites sont appréciables, la capsule emprisonne le mal.

Dans le phlegmon périprostatique, au contraire, les tissus prérectaux sont empâtés et infiltrés. Le doigt tombe sur une plaque phlegmoneuse plus ou moins étendue qui dépasse les limites de la glande, efface tous ses contours et proémine dans le rectum.

Vers le huitième jour de la maladie, les symptômes généraux et locaux conservent encore toute leur intensité. A ce moment, si la résolution doit se faire, la fièvre, les douleurs s'apaisent, la miction devient plus facile et le toucher rectal permet de suivre le retour graduel de la glande à ses dimensions normales. Si les phénomènes aigus persistent, tous les signes de la suppuration apparaissent. L'abcès une fois formé, le pus tend à se faire jour au dehors. Dans les cas heureux, l'abcès est incisé par le chirurgien, un soulagement énorme se produit aussitôt, les douleurs disparaissent, la miction se rétablit et la guérison survient rapidement.

Mais bien souvent les choses ne se passent pas avec autant de simplicité. Soit que le chirurgien n'intervienne pas assez vite, soit que la suppuration dépasse les limites de la loge prostatique, on voit survenir une série d'accidents fort graves. Si l'ouverture est tardive, on peut avoir infection purulente ; l'ouverture simultanée dans le rectum et l'urèthre est fréquemment observée : il se produit alors une fistule uréthro-rectale toujours sérieuse au point de vue du pronostic ; elle peut même persister indéfiniment. Le pus s'écoule beaucoup plus par le rectum que par l'urèthre ; à chaque miction, les urines passent par

l'anus en totalité ou en partie. Très souvent le pus obéit aux lois aux lois de la déclivité et gagne soit la fosse ischio-rectale, soit la région périnéale antérieure. Il faut enfin savoir que la riche vascularisation veineuse de la région prostatique expose les malades à la phlébite, à l'infection purulente. En dernière analyse, on peut résumer les causes de la mort en

- 1° Injection purulente ;
- 2° Epuisement par abondance et continuité de la suppuration ;
- 3° Propagation et fusées inflammatoires.

Le pronostic des suppurations prostatiques ressort des faits précédents. Pour le déterminer, on prendra surtout en considération la gravité des complications immédiates et l'incurabilité propre à certaines lésions consécutives.

#### *Diagnostic*

Le toucher rectal constitue la base du diagnostic. C'est un critérium aussi absolu que le toucher vaginal dans le diagnostic des affections génitales de la femme. La main, qui est appliquée au-dessus du pubis, déprimant doucement la paroi abdominale et s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, empêche la prostate de fuir sous l'exploration de l'indicateur introduit dans le rectum. La prostate est, pour ainsi dire, saisie entre les deux mains et l'on apprécie nettement toutes les altérations de forme, de volume et de consistance qu'elle peut offrir.

Les trajets fistuleux peuvent être explorés avec une grande précision à l'aide des stylets et des injections colorées. Il est au surplus quelques symptômes qui ne laissent aucun doute sur la nature des lésions. L'issue de l'urine par le rectum ou le périnée est de ce nombre. L'urine sort par l'anus ou par les trajets fistuleux, au moment de la miction seulement. L'écoulement n'est pas incessant et se distingue par là de celui qu'on observe en cas de fistule vésico rectale.

La cystite du col présente quelques analogies avec la prostatite, mais elle se distingue par une série de considérations que j'ai essayé de résumer dans le tableau suivant :

Dans la cystite du col.	Dans la prostatite.
I. Ténésme vésical caractéristique, envies d'uriner fréquentes, impérieuses.	I. Ténésme vésical bien moindre, ténésme rectal plus accusé. Fréquence des mictions non augmentée.
II. Miction spécialement douloureuse au moment où les dernières gouttes d'urines sont évacuées.	II. Rien de semblable.
III. Dans les divers temps de la miction, excrétion d'un liquide	III. Rien de semblable, urines normales.

dysentérieforme mélangé de pus et de sang.

IV. Prostate normale.

V. Pas de rétention.

VI. Pas ou peu de symptômes généraux.

IV. Au toucher rectal, tumeur prostatique très douloureuse, dure.

V. Dysurie, rétention d'urine.

VI. Symptômes généraux assez accentués, fièvre, inappétence.

L'inflammation des vésicules séminales se reconnaîtra par la présence d'une ou deux tumeurs allongées, résistantes, douloureuses, situées au dessus de la prostate et par les quelques symptômes qui semblent caractériser cette maladie (sperme rouillée, etc).

La distinction des abcès de la prostate et des suppurations tuberculeuses sera facile. Ces dernières surviennent sans réaction vive sur un sujet déjà miné par des lésions génitales ou pulmonaires de la phthisie et la nature tuberculeuse de la localisation prostatique s'impose d'elle-même.

Le diagnostic du phlegmen périprostatique se confond avec celui de la prostatite. Les symptômes fonctionnels de ces deux maladies sont les mêmes. L'intensité variable des phénomènes vésicaux est la seule différence symptomatique à relever, et, pour l'une comme pour l'autre, le toucher rectal peut seul, en montrant le siège précis du mal, fournir les éléments du diagnostic général et différentiel.

*Traitement.*—Il faut étudier les indications thérapeutiques qui surgissent au début de la phlegmasie et celles que réclame la période suppurative.

Lorsque les phénomènes phlegmasiques se développent du côté de la prostate, il faut d'emblée recourir à un traitement énergique. Le repos au lit sera rigoureusement prescrit ; on prescrira la diète, ou suivant les cas, une alimentation très légère, on usera largement des boissons émoullientes. Les émissions sanguines, surtout locales, constituent une arme puissante ; c'est sur le périnée que les sangsues seront appliquées et cela au nombre de vingt à trente.

La constipation est habituelle à cette époque, et les matières fécales accumulées dans le rectum augmentent les douleurs. Il faut donc veiller avec soin à la régularité des fonctions intestinales et maintenir la liberté du ventre à l'aide de purgatifs légers. Enfin, les phénomènes de rétention doivent être combattus par les moyens appropriés.

Si les phénomènes inflammatoires persistent, la suppuration s'établit. Le pus des abcès prostatiques est accessible dans trois régions : dans le canal de l'urèthre, dans le rectum et au périnée. De là, trois variétés de l'intervention chirurgicale.

L'ouverture des abcès prostatiques dans l'urèthre est fréquente, mais se produit le plus souvent spontanément. Lorsqu'on est conduit, par



exception, à provoquer volontairement l'ouverture urétrale, le procédé opératoire est le suivant. La saillie fluctuante étant reconnue, on introduit l'index dans le rectum et tandis qu'on pousse la prostate d'arrière en avant, de manière à la faire saillir du côté de l'urèthre, on pratique le cathétérisme de l'autre main. La sonde ne tarde pas à être arrêtée par la saillie que fait la prostate, et il suffit de la presser contre l'obstacle pour qu'elle pénètre dans l'abcès.

Je ne parlerai pas de l'ouverture vésicale parce que l'ouverture préméditée des abcès prostatiques par la vessie est tout à fait exceptionnelle.

L'incision périnéale, lorsqu'elle est indiquée, doit être pratiquée avec hardiesse et réunir par ses dimensions toutes les conditions nécessaires au libre écoulement du pus.

L'incision par le rectum s'exécute à l'aide d'un bistouri droit. L'opérateur, placé entre les cuisses du malade, introduit, jusqu'au point fluctuant de la prostate, l'index préalablement enduit de cérat, et prend, de la main droite, un bistouri droit ordinaire dont la pointe, cachée dans une boulette de cire, est en outre limitée par quelques tours de bandelettes de diachylon. Il glisse à plat, sur son index gauche, l'instrument ainsi préparé et relevant la pointe que la pulpe du doigt presse et dirige, il pratique une incision aussi étendue que possible à la poche fluctuante.

Enfin, pour éviter l'infection purulente et la péritonite suraiguë consécutive, on emploiera des injections détersives et désinfectantes.

G. B. Faribault M. D.

Paris 5 juin 1891.

### **Retrécissement du Vagin.**

Par le Dr. Geo. E. Larin (Montréal) Paris.

Parmi les nombreuses maladies qui affectent l'appareil génital de la femme, il en est une, qui par l'intérêt des causes qui l'engendrent et des phénomènes morbides auxquels donne lieu son processus pathologique, mérite de fixer notre attention. Je veux parler des retrécissements du vagin.

Cette question n'est pas neuve. La plupart des gynécologues s'en sont occupés, entre autres : Emmet, Schröder, Martin, Lawson Tait et plus récemment Pozzi. Cependant tous sont peu prolixes sur ce sujet. Ceux qui en ont fait une division, les considèrent sous deux groupes :

- 1<sup>o</sup> Retrécissements Congénitaux
- 2<sup>o</sup> Retrécissements Acquis

*1<sup>o</sup> Retrecissements Congénitaux, Variété, Siège.*—De deux variétés. Ils sont partiels ou complets selon que les deux conduits de Miller, de la canalisation et de la fusion desquels naît le vagin restent imperméables en partie ou en totalité. Si la soudure des canaux de Muller s'est faite près du col de l'utérus, le retrécissement est supérieur, si au contraire elle s'est faite près de la vulve, le retrécissement est inférieur. Les retrécissements congénitaux au point de vue pratique n'offrent qu'un intérêt minime jusqu'à l'instauration de la puberté, attendu qu'ils n'occasionnent guère jusque là qu'une légère rétention de mucosités, la plupart du temps sans gravité: Ce n'est qu'à partir de cette époque où les grands mouvements physiologiques se réveillent par l'établissement de l'ovulation et de la menstruation qu'apparaissent les phénomènes pathologiques qui sont d'ailleurs identiques à ceux des retrécissements acquis. Ce qui jusque là n'était qu'une anomalie, constitue alors une maladie. Il convient donc, en raison de l'identité du complexe symptomatique qu'ils provoquent, de les confondre avec leurs congénères dans l'étude des symptômes auxquels ils donnent lieu et du traitement qu'ils réclament.

*2<sup>o</sup> Retrecissement acquis, Variété, Etiologie.*—De même que les retrécissements congénitaux ils peuvent être partiels ou complets et occasionner selon leur variété des phénomènes divers, mais laissons de côté cette considération pour énumérer les causes. Elles sont nombreuses. La plupart des auteurs que j'ai consultés, invoquent les maladies infectieuses: telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine et la variole. La syphilis est une cause assez commune. Entrent pour une large part les néoplasmes du vagin, les fibromyomes, les sarcomes et les carcinomes surtout les formes polypeuses. On cite encore les interventions thérapeutiques imprudentes, les cauterisations profondes, les interventions chirurgicales, les lésions traumatiques causées par le viol, les fistules vésico-vaginales et enfin l'accouchement laborieux qui de toute les causes est sans conteste la cause producteur le plus fréquent.

*Action de chacune de ces causes.*

*Fièvre typhoïde.*—On sait combien est marquée la tendance au sphacèle dans cette maladie, surtout dans les formes adynamiques. La gangrène dans ce cas peut être due soit à l'oblitération d'un tronc artériel ou, mais plus rarement à celle d'un tronc veineux.

*Scarlatine.*—Ce n'est que dans les formes malignes où les suppurations sont fréquentes qu'on observe celles du vagin.

*Variole.*—En outre que l'éruption se localise sur la peau, on le voit aussi apparaître sur les muqueuses surtout dans les formes confluentes d'emblée. On a maintes fois constaté sa présence sur la muqueuse

du vagin, ces couches épithéliales sont alors soulevées par la sécrétion des pustules confluentes.

*Syphilis.*—Personne, assurément, ne s'étonnera de voir la syphilis qui a droit de cité un peu partout, se cantonner dans le vagin et amener des rétrécissements à des degrés divers par la production de condylômes et d'exsudats cicatriciels.

*Néoplasmes.*—Les néoplasmes produisent une oblitération tantôt par leur volume comme le myome ; le cancer, lui, agirait par cautérisation, sa sécrétion étant caustique.

*Fistule vésico-vaginale.*—A la suite du contact incessant de la surface du vagin avec l'urine alcaline il s'y forme un revêtement couenneux qu'on appelle diphtherie urinaire de Billroth et qui peut amener une oblitération presque complète.

*Accouchement laborieux.*—Les compressions exercées sur les parois vaginales par la tête du fœtus dans l'expulsion amènent souvent la gangrène, d'autre part quand on a recours aux manœuvres du forceps pour l'extraction et qu'elles sont faites par une main inhabile et véhémente à la fois il se produit une lacération des tissus dont on connaît la conséquence.

*En résumé,* toutes les lésions infectieuses, chimiques et mécaniques que je viens de passer en revue, peuvent amener, quand elles ont atteint un degré suffisant, des retrécissements partiels ou complets. Presque toujours sauf dans le cas de tumeur, le rétrécissement est produit par le travail cicatriciel qui résulte des ulcérations. Dès que la muqueuse est dépourvue de son épiderme, elle possède les mêmes qualités d'adhérence qu'une séreuse enflammée. Une fois le rétrécissement établi, la partie située au-dessus s'hypertrophie d'abord par la congestion que le sang y détermine et se distend ensuite par la pression qu'exerce le liquide retenu. On constate d'ailleurs la même chose dans les rétrécissements de l'œsophage et aussi que dans ceux de l'urèthre chez l'homme.

*Processus pathologique. Complications selon le degré et le siège des rétrécissements.*

Dans la majorité des cas la partie supérieure du vagin est le lieu d'élection pour les rétrécissements acquis, tandis qu'au contraire on trouvera plus fréquemment les rétrécissements congénitaux situés à la partie inférieure. On conçoit facilement que cette règle ne peut être absolue et que l'on puisse rencontrer parfois des rétrécissements à différents endroits du vagin.

Si le rétrécissement est à la partie inférieure et qu'il soit partiel, il

ne donne lieu, la femme ayant ses menstrues bien entendu, qu'à une légère rétention de sang, mêlé parfois à des mucosités.

Mais si le rétrécissement est complet l'accumulation deviendra insensiblement plus considérable sous l'influence de la menstruation et ce à tel point qu'elle prendra des proportions d'une énorme hémato-colpos qui par son volume refoulera l'utérus en haut que l'on sentira proéminent en palpant l'abdomen. Il est à craindre alors que cette hémato-colpos en distendant trop les parois ne vienne au lieu de se frayer une voie par les conduits naturels, à amener des accidents redoutables en s'ouvrant soit dans la vessie, soit dans l'intestin ou même dans le péritoine. Cependant le péritoine s'accommode assez facilement de cette éventualité ; des adhérences peuvent se faire autour de l'épanchement et en former une hémato-cèle. Cette crainte toutefois ne saurait être trop grande s'il existait en même temps une suppuration du vagin qui fatalement, occasionnerait une péritonite septique qui est toujours mortelle.

Si en dehors de cet accident le processus continuait son cours on observerait en outre d'une hémato-colpos une rétention de sang dans la cavité utérine et même dans les trompes de Fallope, mais c'est surtout dans les rétrécissements complets, acquis ou congénitaux, que ces phénomènes se produisent le plus souvent et d'une manière moins lente. L'utérus subit alors une distension considérable et peut même atteindre le volume de l'état grvide à ses diverses périodes. L'hématométrie est facile à comprendre et personne ne conteste qu'elle soit due à la sécrétion menstruelle de la muqueuse utérine. Mais il y a divergence d'opinion au sujet des hémato-salpinx. Plusieurs théories sont en présence. La plus rationnelle me paraît être celle de la réplétion de l'utérus qui sous l'influence congestive de la période menstruelle se remplirait de sang qui refluerait dans les trompes et déterminerait la formation de poches sanguines. Je dois le dire, plusieurs auteurs ne partagent pas cette manière de voir et considèrent les hémato-salpinx comme le résultat des hémorragies propres de la muqueuse tubaire, d'autres soutiennent que c'est une menstruation supplémentaire, enfin un certain nombre affirment et c'est l'argument qu'ils estiment le plus fort—qu'on a trouvé ces poches sanguines siégeant à proximité de l'orifice abdominal de la trompe et que de plus l'orifice utérin de la trompe était libre ; de là ils s'empresent de conclure que l'hémato-salpinx ne peut être due à la réplétion de l'utérus puisque l'orifice utérin de la trompe est vide de sang. Il me semble facile de répondre à cette objection en appliquant ce phénomène par le mécanisme suivant :

Au moment des époques menstruelles il se fait par la rupture des

capillaires congestionnés et friables une réplétion sanguine dans la cavité utérine. Une fois l'utérus distendu outre mesure, le sang progresse vers les trompes; ce phénomène peut être exagéré sous l'influence des contractions. Grâce à la structure anatomique des parois tubaires qui offrent plus de résistance près de l'orifice utérin et grâce surtout à la différence de calibre de cette région, le sang s'accumule plus facilement vers l'extrémité abdominale de la trompe. Après la menstruation il y a une résorption partielle de l'épanchement; toutefois sous le fait d'une distension énorme de la paroi, et d'une altération de la collection sanguine le processus résolutif est moins apparent sur l'épanchement tubaire que sur celui de l'utérus.

Mais on obscurcit ou pour le moins on complique d'avantage le sujet quand on écrit qu'il n'est pas sûr que la muqueuse tubaire ne participe par normalement à la menstruation. Schroeder a observé un cas qui a été publié par Hofmeier dans son manuel de gynécologie opératoire (trad. de Lauwers, page 431) dans lequel le sang s'échappait par la trompe à chaque menstruation. Quoiqu'il en soit cette question n'est pas encore résolue; ce qu'il importe surtout de savoir, c'est que ces hématosalpinx se produisent et qu'elles peuvent souvent causer des accidents graves par leur rupture dans la cavité abdominale.

S'il arrive que l'utérus soit grévde au moment de la formation du rétrécissement et que le cours de la grossesse ne soit pas interrompu par l'avortement, il est à craindre qu'il ne soit une cause de dystocie qui nécessite une intervention chirurgicale pour la délivrance.

Que le rétrécissement se produise chez une femme récemment accouchée, on conçoit que l'accumulation des lochies au-dessus de l'obstacle ait de grandes chances d'infecter la femme si on n'intervient promptement avec tous les soins d'une rigoureuse antiseptic.

Si, au contraire, la femme a dépassé la période de reproduction et qu'elle soit arrivée à la ménopause au moment où se produit un rétrécissement complet ayant pour siège la partie supérieure du vagin, on ne constatera qu'une rétention de liquide: hydrométrie. N'empêche que ces cas apparemment bénins peuvent devenir une source de gravité, attendu qu'on a observé alors et sans pouvoir en expliquer la cause: la pyométrie. On cite aussi des cas rarissimes dans lesquels le liquide contenu dans l'utérus se serait décomposé et aurait donné lieu à la formation de gaz: physométrie. Dans ces cas des émanations repoussantes s'échappaient par le vagin et trahissaient leur présence.

#### SYMPTÔMES.

D'une manière générale tous les rétrécissements acquis se traduisent par le symptôme *douleurs*. D'abord passagères, elles deviennent

bientôt constantes. Elle s'accusent surtout à la période menstruelle où elles atteignent leur maximum d'intensité. Plus l'obstacle à vaincre par l'expulsion est résistant et plus l'utérus en vertu de sa puissante musculature redouble la force de ses contractions ou douleurs. Elles deviennent quelques fois si intenses qu'on les a comparées aux douleurs de l'accouchement. Voilà pour la femme dans la période de reproduction. Si la femme est dans la période de décroissance qui date de la ménopause, les symptômes seront moins aigus. L'utérus ne remplissant plus alors ses fonctions ne secrète que peu de mucus, de telle sorte que l'accumulation se fera avec lenteur, de plus l'utérus en partie atrophié ne répondra plus par des contractions à la distension de sa cavité.

Souvent et selon le volume des retentions on constatera des symptômes de compression, troubles de la miction, et constipation. Quand l'utérus est dévié de sa position normale par une hematocolpos ou autre cause, les douleurs sont alors continues. Les femmes éprouvent en outre des vomissements, des tiraillements d'estomac, des reins. Elles sont éternées, apathiques et languissantes en vertu de cette loi, j'allais écrire axiôme. " Toutes les fois qu'il y a rupture d'équilibre dans la cavité abdominale, on a des symptômes nerveux, on accuse le plexus solaire et le grand sympathique. Les inconvénients des retrécissements en dehors des douleurs qu'ils causent, sont d'une importance majeure. Le retrécissement complet de la partie supérieure du vagin n'empêche pas toujours le coït, toutefois il est évident que la fécondation ne puisse se produire à moins qu'il soit partiel et encore dans ces cas quand apparaissent les complications, la semence est vaine. Il serait peut-être piquant de dire en passant que le pape Benoît XIV dans le but de suppléer aux ennuis ou inconvénients du coït supprimé autorisa les femmes atteintes d'imperforation du vagin à pratiquer le coït parte poste (Kisch). Ce détail aura au moins le mérite de prouver que ce sujet n'a pas intéressé seulement des profanes. . . . Ce qui doit surtout préoccuper le médecin c'est d'obvier aux funestes conséquences de la stérilité. Aussi je me hâte de dire un mot du diagnostic pour arriver au traitement.

*Diagnostic.*—Il est toujours facile, Schroeder cependant fait remarquer que l'on prend souvent des retrécissements génitaux de la partie inférieure du vagin pour l'imperforation de l'hymen et vice versa. Dans le premier cas il y a le plus souvent une poche sanguine au dessus du retrécissement qui fait bomber cette portion du vagin à la vulve de manière qu'il est difficile de trouver l'hymen. Dans le second cas, la membrane hyménale a été refoulée dans le vagin par des tentatives de coït infructueuses ou quelqu'autre manœuvre. En somme, ces erreurs sont peu graves au point de vue du traitement. Ajoutons que c'est presque

en totalité par le toucher vesical, rectal et vaginal s'il est possible que se fera le diagnostic d'une manière positive. S'il y a tumeur la palpation et la percussion confirmeront le diagnostic.

*Traitement.*—Il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Comme chaque cas se présente sous des aspects qui lui sont propres, il serait long d'indiquer ici des règles bien précises. Je me contenterai donc de signaler brièvement le traitement qui a été suivi dans un cas que je viens de voir opérer dans la clientèle privée du brillant opérateur de l'hôpital St-Louis, Mr. le Dr. Pean.

Il s'agissait d'une femme de 76 ans qui a eu autrefois plusieurs enfants et qui a joui jusque il y a 4 ans d'une santé relativement bonne. A partir de cette époque elle fut prise de douleurs passagères d'abord qui devenant atroces et continues la forcèrent à réclamer le secours médical mais sans résultat satisfaisant. Quand elle s'adressa à Mr. Pean, il constata en même temps qu'une leucorrhée fétide qui disparut au bout de quatre jours par des injections d'eau boriquée, un retrecissement complet de la partie supérieure du vagin. Ce retrecissement était cylindrique et perforé au centre d'un petit orifice permettant à peine l'entrée du bout d'un hystéromètre.

Au moment de l'opération, la vessie et le rectum était vides, l'opérateur put constater par ces voies quelle épaisseur de tissu l'en séparait du vagin et en outre s'il n'y avait pas accumulation de liquide afin de se guider dans le mode opératoire. L'examen ne révéla rien de particulier : parois normales et aucune rétention. Il fit alors d'un côté à l'autre du vagin et pour ne point lésér la vessie et le rectum une section transversale qui donna très peu de sang et qui fut suivie d'un pansement antiseptique. On fera dans la suite de la dilatation afin de prévenir la récurrence. Voilà un cas dans lequel le traitement est des plus simples. Mais si l'on se trouve en présence d'une hematocolpos, ou d'une hematometrie etc, il faut ouvrir par les voies naturelles, quand c'est possible, largâ manu comme le conseillent Emmet et Martin qui ne comptent que des succès, en ayant soin de faire l'irrigation continue pour empêcher l'air de pénétrer dans la cavité : A la suite de l'évacuation on conseille fortement et comme une des conditions indispensables du succès, les lavages de la cavité à l'eau très chaude pour empêcher l'empoisonnement sanguin. Ce n'est qu'en dernières ressources que l'on recourra à l'évacuation par la vessie ou l'intestin.

Dr. Geo. E. Larin.

## De l'application du forceps au détroit supérieur

Par M. le Dr J. A. Ouimet, Paris.

L'idéal de toute application de forceps doit être de faire ou de laisser exécuter à la tête fociale, en l'entraînant, tous les mouvements qu'elle exécuterait si l'accouchement était spontané.

Une bonne application de forceps, pour approcher de cet idéal, doit comprendre les trois termes suivants :

- 1<sup>o</sup> Prise régulière de la tête ;
- 2<sup>o</sup> Traction dans l'axe du canal que la tête doit parcourir ;
- 3<sup>o</sup> Mobilité de la tête pendant son parcours.

M. Lepage a parfaitement démontré dans sa thèse sur l'application du forceps au détroit supérieur, et tous les auteurs admettent aujourd'hui, qu'en raison de la forme de la tête et de celle du forceps, il faut que cet instrument soit appliqué de telle façon, que l'axe de ses cuillers corresponde au grand axe de l'ovoïde céphalique, la concavité des bords étant tournée vers l'occiput.

Pour ce qui est de la traction dans l'axe du canal que la tête doit parcourir et de la mobilité de la tête pendant son parcours, le professeur Tarnier a jugé définitivement la question au point de vue théorique et pratique, son forceps permet à tout accoucheur, qui sait s'en servir, de tirer dans l'axe quand il le veut.

Ce forceps ressemble d'une façon générale à celui de Levret, mais en diffère par trois points principaux :

1<sup>o</sup> Par la présence d'une vis de pression, placée à côté de l'articulation, pour suppléer à l'action des mains, en maintenant l'instrument fermé ;

2<sup>o</sup> Par l'addition de deux tiges mobiles, destinées à transmettre la traction ;

3<sup>o</sup> Par un manche de traction, qui s'adapte aux tiges précédentes, et qui dessine la courbe périnéale.

Grâce à cette disposition le forceps Tarnier présente les avantages suivants :

1<sup>o</sup> Il permet de tirer dans l'axe du canal génital, qui n'est autre que celui des cuillers, ce qu'on ne peut faire avec le forceps de Levret ou de Dubois, à moins d'imprimer à l'instrument un mouvement de bascule ou de levier ;

2<sup>o</sup> Il laisse à la tête sa mobilité, puisque les tractions sont faites par un appareil articulé sur les branches de préhension, qui sont abandonnées à elles après fixation de la vis de pression ;

3<sup>o</sup> Il possède une aiguille indicatrice, constituée par les manches de préhension, qui, en révélant à l'accoucheur les mouvements de la tête



encore invisible, sont d'un précieux secours, pour savoir la direction dans laquelle les tractions doivent être exercées.

Le professeur Tarnier a donc réalisé un immense progrès, son forceps est de beaucoup le meilleur à l'heure actuelle, à Paris il est le seul employé dans tous les services d'accouchements.

Le professeur Pinard est d'opinion, que bien que ce soit surtout pour les bassins rétrécis qu'on a recours au forceps au détroit supérieur, les règles qu'il indique s'appliquent aux autres cas où cette intervention est nécessaire dans un bassin normal (tête volumineuse, inertie utérine). Lorsque la tête est située au-dessus du détroit supérieur, il n'y a pas, à proprement parler, de situation fixe ; la tête, mobile, subit presque toutes les variations de position que lui impriment les contractions utérines, les mouvements du fœtus, les pressions extérieures etc. Mais bientôt la tête tend à adapter ses grands diamètres aux grands diamètres du bassin, et la situation de la tête au moment de la période d'engagement, diffère un peu suivant que le bassin est normal ou rétréci.

Tous les auteurs s'accordent à dire que dans un premier mouvement, la tête fœtale se présente transversalement, ses grands diamètres se mettant en rapport avec les grands diamètres du bassin : il y a accommodation des diamètres antero postérieurs de la tête avec les diamètres transverses du bassin.

Le professeur Pinard insiste beaucoup sur l'importance de bien connaître la variété de position, le degré de flexion, la variété d'inclinaison, les rapports du volume de la tête fœtale avec les dimensions du bassin, le degré d'engagement de la tête etc., autant de points qu'il importe au clinicien de fixer lorsqu'il entreprend une application de forceps au détroit supérieur.

Lorsqu'une tête fœtale, en présentation du sommet, est au détroit supérieur, et qu'il est nécessaire pour terminer l'accouchement de recourir à une application de forceps, il faut observer très minutieusement toutes les règles d'antisepsie générale ; en effet le professeur Tarnier insiste beaucoup sur ce sujet, dans son traité d'accouchements. L'étiologie des maladies puerpérales a fait, dit-il, de grands progrès dans ces derniers temps, et il est aujourd'hui démontré que l'infection et la contagion jouent dans la production et la propagation de ces maladies un rôle qu'il est important de ne pas méconnaître. Aussi les médecins chargés d'assister les femmes en travail, doivent-ils prendre les précautions les plus sévères pour ne pas servir d'agents de transmission aux matières septiques.

Les mains de l'accoucheur doivent être l'objet de soins particuliers. Il faut se brosser les doigts avec attention, de manière qu'il ne reste

aucune particule organique, soit dans l'interstice qui existe entre l'ongle et la pulpe du doigt, soit dans le sillon qui entoure la base et les côtés de l'ongle.

Il faut en outre plonger les mains à plusieurs reprises dans un liquide antiseptique, soit dans une solution phéniquée au 40ème soit dans une solution de sublimé corrosif au 1000ème.

Il faut aussi faire un savonnage de la vulve suivie d'une injection vaginale avec le biiodure ou bichlorure de mercure, tiède, à la dose d'un litre : puis le forceps sera flambé à l'alcool, ou à défaut d'alcool, il sera plongé pendant un quart d'heure environ, dans de l'eau maintenue bouillante ; toutes ces précautions sont de la plus grande importance, et le résultat de cette antiseptie, dans les maternités de Paris, est qu'aujourd'hui la septicémie est une complication excessivement rare. La femme est alors placée dans la position obstétricale, la vessie est évacuée, l'accoucheur s'est assuré de la présentation, de la position droite ou gauche, il constate une dernière fois par l'auscultation que le fœtus est vivant, car s'il était mort l'application du forceps est inutile ; mieux vaut alors recourir au basiotribe Tarnier, qui donne une si grande facilité pour broyer la tête et l'extraire.

#### MANUEL OPÉRATOIRE

1<sup>er</sup> temps.—Introduction de la main.

L'accoucheur doit introduire la main, toute la main, une partie même de l'avant-bras si la chose est nécessaire pour aller à la recherche de l'oreille postérieure, se rendre compte de la situation exacte de la tête fœtale, du degré d'engagement de la tête, du degré de flexion, et à l'aide de cette main, il faut chercher à abaisser l'occiput et à repousser le front en haut.

La main introduite, la première sera, la main droite, s'il s'agit d'une position gauche, la main gauche pour une position droite.

2<sup>e</sup> temps.—Introduction et placement de la première branche.

La main ainsi introduite à la face palmaire appliquée sur l'oreille postérieure, la face dorsale est en contact avec la face interne de l'utérus.

L'autre main saisit le manche de l'une des branches, puis introduit très doucement la cuiller, en rasant la face antérieure de l'avant-bras et la face palmaire de la main qui sert de guide jusqu'à ce qu'elle touche à l'oreille, on donne au manche une direction variable suivant le degré de flexion, si la tête est peu fléchie, on incline le manche du côté où se trouve l'occiput, de manière à ce que l'axe occipito-mentonnier et que les tractions aient pour résultat d'abaisser l'occiput.

Il importe de se rendre bien compte, d'après les dispositions des fontanelles, du degré de flexion de la tête.

3<sup>o</sup> temps.—Introduction de l'autre main et placement de la seconde branche.

L'accoucheur introduit doucement l'autre main, la main gauche s'il s'agit d'une O. I. G. T. et sur cette main comme guide glisse la seconde branche, la branche droite. L'extrémité de la cuiller doit être poussée aussi en arrière que possible, jusqu'à venir toucher la paroi postérieure du bassin.

C'est alors qu'on commence à abaisser un peu le manche de cette branche, en même temps qu'avec les doigts de la main enfouie dans les parties génitales, on presse sur le bord convexe de la cuiller que l'on ramène, ainsi, peu à peu en avant, jusqu'à ce qu'elle ait atteint ou à peu près la ligne médiane.

Ce mouvement de spire est très important, de sa bonne exécution dépend souvent tout le succès de l'opération.

4<sup>o</sup> temps.—Articulation.

Il est alors facile d'articuler les deux branches du forceps, on serre suffisamment la vis de pression, on libère les tiges de la traction sur lesquelles on applique le tracteur,

6<sup>o</sup> temps.—Extraction.—Avant de commencer les tractions, on s'assure par le toucher que la tête est seule saisie, qu'elle est bien saisie et l'on tire.

Il suffit alors de se laisser guider par les branches du forceps ; c'est le bassin qui oriente l'instrument, il importe pendant les tractions de surveiller la vis de pression : il arrive que la tête descendant peu à peu se trouve serrée plus fortement par la ceinture osseuse que par le forceps lui-même, alors la vis de pression n'est pas assez serrée, il faut la serrer de nouveau, sinon l'instrument dérape.

Les tractions ne doivent autant que possible être exercées que d'une main, et elles doivent être lentes et soutenues sans secousses brusques si l'instrument menace de déraiper, on désarticule et on fait une seconde application, qui est plus facile, pourvu que la tête soit fléchie.

Le mouvement de rotation destiné à ramener l'occiput en avant doit être fait en faisant décrire l'arc de cercle aux manches et non aux cuillers du forceps, car si on imprime le mouvement de rotations aux cuillers les tissus maternels seront lacerés.

Lorsqu'il est impossible quoi qu'on fasse, d'engager la tête, dit M. Pinard, il faut pratiquer alors la basiotripsie, et ne pas s'acharner à vouloir extraire le fœtus avec le forceps, si des tentatives prudentes n'aboutissent pas, d'ailleurs on tend de plus en plus aujourd'hui, avec raison, à abandonner l'usage d'un déploiement considérable de forces

dans les tractions sur le forceps. Il est difficile de déterminer d'une manière précise, combien doivent durer ces tractions, quelle doit en être la force etc., c'est affaire au clinicien de juger si la tête passera.

En résumé, il est très important pour faire une bonne application de forceps au détroit supérieur, que la prise soit régulière ; lorsqu'elle est faite avec le forceps Tarnier on a toutes les chances de mener à bien cette opération, l'opérateur n'a plus qu'à suivre les tiges de tractions la courbe décrite spontanément par les branches de préhension.

Il est difficile, dit souvent Mr. Pinard, de se rapprocher davantage de la nature, que le forceps Tarnier, tellement la vis a fronte obtenue à l'aide de l'instrument, ressemble à la vis à tergo résultant de la contraction utérine.

Nous pouvons donc dire que, même au détroit supérieur, l'application régulière avec le forceps Tarnier (méthode de Mr. Pinard) est supérieure aux autres modes d'application (directe, oblique) et qu'elle est réalisable à l'aide du manuel opératoire que nous avons étudié.

Dr. J. A. Ouimet.

Paris, 18 juin 1891

### **Des propriétés thérapeutiques du *Piscidia Erythérina* (*Jamaica Dogwood*)**

Par M. le Dr. M. E. DE LAVAL, Lake Linden.

Nous n'avons aucunes données, sur les propriétés médicinales du *Piscidia* jusqu'à la publication des travaux de James Scott, dans la *Therapeutic Gazette* en 1880.

Scott lui-même nous dit qu'il est certain, que cet agent n'était pas employé dans le traitement d'aucune affection, même par les médecins de l'île de la Jamaïque, où le *Piscidia* croit en pleine liberté.

Depuis la publication des travaux de Scott, l'emploi du *Piscidia* a été fait et ses propriétés thérapeutiques ont été expérimentées par des observateurs, tels que Ott et autres, aux Etats-Unis Dujardin-Beaumez en France, Scott en Angleterre, Seifert en Allemagne. et par d'autres médecins éminents en Italie, en Russie et ailleurs.

De telle sorte qu'aujourd'hui les travaux des différents observateurs, ont démontré que nous possédons dans le *Piscidia Erythérina*, un agent dont les propriétés thérapeutiques sont très précieuses et dont l'emploi est indiqué, dans le traitement de certaines affections, ou l'emploi de l'opium est contre indiqué pour une raison, ou une autre, particulièrement dans les cas où l'opium cause une irritation des centres nerveux.

Comme il arrive souvent on a cru trouver dans le *Piscidia*, un agent

capable de remplacer l'opium comme narcotique, ou le choral comme hypnotique. Aujourd'hui que les propriétés du *Piscidia* ont été suffisamment étudiés, on en est venu à cette conclusion que le *Piscidia Erythérina* n'est pas appelé à remplacer l'opium dans chaque cas, mais seulement dans certaines affections, et sous certaines considérations.

Considéré par plusieurs observateurs comme un hypnotique puissant son emploi était tout indiqué dans le traitement des affections nerveuses particulièrement celles offrant un caractère névralgique, mais on en est revenu sur ces assertions et on considère le *Piscidia* a sa juste valeur sans lui prêter des propriétés qu'il ne possède pas.

Aujourd'hui on doit considérer le *Piscidia*, comme un sédatif puissant, digne succédané de l'opium, car comme celui-ci le *Piscidia* possède la propriété de faire disparaître la douleur particulièrement si est causée par un état ou affection névralgique. Si le *Piscidia* a comme l'opium des propriétés éminemment sédatives, son emploi n'offre pas les inconvénients de l'opium, car si on l'emploie dans le traitement des affections nerveuses, et névralgiques on ne court pas le danger :

- 1° De créer l'habitude comme avec la morphine ou l'opium lui même ;
- 2° De causer la suspension des sécrétions de la peau ou d'autres organes ;

Il arrive souvent que l'on peut dans certains cas détruire l'habitude de la morphine ou de l'opium en substituant le *Piscidia* à l'opium.

Maintenant nous considérons les diverses questions se rattachant à la découverte, l'emploi et les propriétés thérapeutiques du *Piscidia Erythérina*. On rencontre le *Piscidia Erythérina* dans le commerce sous plusieurs formes et l'on se sert dans la fabrication, de l'écorce, des racines de la plante. Les feuilles etc. n'ont aucune valeur thérapeutique, et l'emploi de ces feuilles etc. dans la fabrication des différentes préparations du *Piscidia* sont souvent une cause d'erreur et font souvent douter de la valeur réelle du *Piscidia* comme agent thérapeutique.

(V. LINNÉ.)

Le *Piscidia Erythérina* (Jamaïca Dogwood) est une plante appartenant à l'ordre naturel des *légumineuses*. Cet arbre croit dans l'île de la Jamaïque, et les îles voisines (et l'on prétend aussi qu'il croit sur la terre ferme, mais cette assertion n'est pas prouvée)

De même qu'au Brésil, Clemente Farrêira, prétend que le *Piscidia* y est connu sous le nom de Mulungo le *Piscidia* est un arbre croissant à une hauteur de 20 pieds.

Clemente Farrêira un journal de thérapeutique 30 déc. 1886, nous dit que les propriétés du Mulungo sont les mêmes que celles reconnues

chez le *Piscidia*. Cette question de l'identité du *Mulungo* et du *Piscidia*, n'est pas encore résolue et doit être considérée comme encore *sub judice* (Farrëira ne nous dit pas dans quelle partie de la plante appelée *Mulungo* réside, le principe actif, ou le résinoïde auquel cette plante doit ses propriétés thérapeutiques.

D'un autre côté Parke & Davis les célèbres chimistes de Détroit, assurent que c'est seulement dans l'écorce des racines du *Piscidia*, que se trouve la cause des propriétés thérapeutiques du *Piscidia* et non ailleurs (Vide *NEWER Materia Medica* 1891 article *Piscidia Erythérina*.)

Si l'on est certain des propriétés thérapeutiques du *Piscidia*, les chimistes n'ont pas encore pu isoler d'une manière certaine le principe actif, auquel sont dues les propriétés du *Piscidia*.

On a bien isolé une certaine substance résinoïde, que l'on a nommé *Piscidine*, mais nous n'avons aucune certitude, que les propriétés thérapeutiques du *Piscidia* résident dans ce corps, car comme la *Piscidine* existe en même temps que d'autres corps, on ne peut pas lui attribuer en tout ou en partie les propriétés du *Piscidia*.

D'après les analyses de Edmund Hart, P. D., publiées dans le *Therapeutic Gazette* 1883 pages 97, 99, la *Piscidine* cristallise dans l'alcool, sous forme de cristaux (prismes) incolores, fondant à une température de 192° cent, 377° F. Cette substance est insoluble dans l'eau, très peu soluble dans l'éther et l'alcool froid, mais très soluble dans le benzol et le chloroforme.

D'après Hart (*Loco cit*), outre la *Piscidine*, il existe aussi d'autres corps dans le *Piscidia*, que l'on a pu reconnaître en partie, mais sans avoir pu les étudier, ce sont d'autres matières résineuses, huiles etc. Comme nous l'avons déjà dit ces constituents dont la composition est encore inconnue, peuvent très bien partager avec la *Piscidine*, les qualités médicinales que l'on reconnaît au *Piscidia*.

Possèdent-ils en commun avec la *Piscidine*, une action thérapeutique très prononcée, a ce sujet nous n'avons que des indications de peu de valeur, il nous faut donc de toute nécessité laisser là, la question auquel de ces constituents le *Piscidia* doit ses propriétés thérapeutiques.

Mais nous ne pouvons pas rester dans le doute à ce sujet, pendant longtemps, car les études faites par les différents observateurs, nous donneront bientôt une solution à cette question.

Scott dit dans sa monographie que depuis longtemps, il se servait du *Piscidia*, et qu'il n'avait jamais entendu dire que, aucun médecin, (même ceux de la Jamaïque) aient employé ce remède, avant la publication de son mémoire sur le *Piscidia*. (Mémoire publié dans *The Therapeutic Gazette* 1880 page 9, Détroit Michigan). Scott nous dit aussi (*NEWER. — Materia Medica* 1891) que son collègue Mc-

Grath et lui l'employent dans le traitement de certaines affections chez les fous à l'hôpital des aliénés, dont ils avaient alors la direction.

Si avant les travaux de Scott et McGrath les propriétés médicales du *Piscidia* étaient inconnues cette plante elle-même avait été cataloguée et reconnue par une foule de naturalistes.—Barham in *Hortus Americanus*—mentionne le premier le *Piscidia* et lui attribue des propriétés astringentes. Cette plante est mentionnée et décrite dans les ouvrages de Hamilton, de Sweigering, de Lindley, de Griesbach, dans le grand ouvrage de Candolle. *Systemasis Naturalis Regni Vegetalis*, aussi dans ceux de Soudun et de Lunan.

Scott et McGrath ne nous font pas connaître pour quelle raison ils furent portés à employer le *Piscidia* dans les traitement des affections nerveuses, mais on peut croire qu'ils en avaient connu les propriétés, soit par l'avoir vu employer par le vulgaire comme il arrive souvent mais il est certain que la priorité du traitement des affections nerveuses par le *Piscidia*, appartient à ces observateurs, car le Dr. Barham ne lui avait reconnue que des propriétés astringentes.

Nous savons que Scott et McGrath se servirent du *Piscidia Erythrina*, comme sédatif dans le traitement de certains patients, aliénés, chez qui l'opium causait de la surexcitation de l'insomnie.

C'est donc particulièrement pour ces qualités sédatives, sinon hypnotiques du *Piscidia*, que Scott et McGrath en firent l'essai.

A ce sujet rapportant le résultat des observations de ces médecins, je copie Scott. " Le remède à la dose suggérée fut prescrit aux aliénés, souffrant de surexcitation constante, et chez qui les narcotiques ordinaires, ne pouvaient pas amener le sommeil. L'administration du *Piscidia* fut suivie de faits très remarquables."

Chez certains patients le sommeil fut produit très facilement, et au réveil le patient était tranquilisé, mais chez d'autres l'excitation fut très sévère, et il fallut continuer le remède à doses répétées à certains intervalles, pour obtenir des effets satisfaisants.

Scott nous dit plus loin que toujours l'administration du *Piscidia* fut suivie d'effets constants, il ne donnèrent lieu à aucun accident, de plus il " assure qu'il administrait toujours ce remède aux aliénés qui souffraient de surexcitation et d'insomnie.

Scott prétend que l'administration du *Piscidia* n'est jamais suivie de symptômes d'empoisonnement, mais nous voyons que *Parke Davis and Co.* dans une brochure sur le *Piscidia* rapportent un cas : un seul cas il est vrai où l'administration du *Piscidia* fut suivie de symptômes toxiques. Les symptômes observés alors furent ceux-ci : Spasmes qui se continuent pendant plusieurs heures ; en même temps on

remarque une paralysie du diaphragme : au bout de deux ou trois heures tous les symptômes toxiques avaient cessés.

#### DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU PISCIDIA ERYTHÉRINA

C'est aux travaux du Dr. Isaac Ott, que nous devons les premières données sur l'action physiologique du Piscidia. Je donnerai ici le résultats des expériences faites par ce médecin, renvoyant pour les détails à la note publiée par Ott dans la "*Therapeutic Gazette* 1881 page 54.

D'après Ott, nous trouvons que le Piscidia a une action particulière qui lui est propre.

1<sup>o</sup> Que le Piscidia, tue ordinairement les grenouilles, à qui l'on administre une dose, même modérée.

2<sup>o</sup> Que cette substance, agit comme narcotique, chez les grenouilles, les hommes et les lapins.

3<sup>o</sup> Qu'il n'a aucune actions sur les nerfs moteurs (par excitation.)

4<sup>o</sup> Qu'il n'a aucune action sur l'extrémité périphérique des nerfs moteurs de la sensation.

5<sup>o</sup> Qu'il détruit ou diminue l'action réflexe, par une action stimulante des centres nerveux.

6<sup>o</sup> Qu'il produit, un état soporifique.

7<sup>o</sup> Qu'il dilate la pupille (l'inverse de l'opium qui la contracte) dilatation suivie de contraction des l'instant où l'asphyxie a lieu par réaction cela va sans le dire.

8<sup>o</sup> Que le Piscidia cause une supersecrétion des glandes salivaires

9<sup>o</sup> Qu'il cause une notable sécrétion des glandes sudoripares.

10<sup>o</sup> Qu'il augmente la tension artérielle par la stimulation des centres vaso-moteurs cardiaques.

11<sup>o</sup> Que la tension artérielle est ordinairement suivie par le ralentissement, phénomène dû à la faiblesse de l'action cardiaque elle-même.

D'après Ott si l'on compare l'action du Piscidia, avec celle d'autres hypnotiques, ou sedatifs comme le chloral, l'opium, et autres remèdes, nous voyons que son action diffère de beaucoup.

Si l'on compare l'action thérapeutique du Piscidia, avec celle du chloral, nous voyons que le Piscidia, n'a pas comme le chloral une action dépressive et très dangereuse sur le cœur.

Le Piscidia n'a pas comme l'atropine une action paralysante des centres moteurs nerveux, ni sur la corde du tympan, il ne suspend pas comme l'atropine les sécrétions sudorales, et ne paralyse pas le pneumogastrique, n'élève pas autant la tension artérielle, mais comme l'atropine il dilate la pupille.

Comparant l'action du Piscidia avec celle de la morphine, nous trou-



vons que comme elle le Piscidia amène le sommeil, augmente dans certains cas l'excitabilité nerveuse, cause des convulsions spinales, une paralysie générale, mais qu'au lieu de causer la contraction de la pupille, comme le fait l'opium et la morphine, au contraire, le Piscidia a un effet analogue à l'atropine, et produit une dilatation de la pupille. Vide Ott *Therapeutic Gazette* march 1883 p.12-17. *Loco cit.*

Nagle de Philadelphie arrive aux mêmes conclusions que Ott, sur l'emploi du Piscidia. G. W. Winterburn nous donne le résultat des observations faites par lui sur les effets du Piscidia.

L'action du Piscidia diffère de celle de la strychnine, en ce qu'elle s'exerce plus sur le cerveau, et moins sur la moëlle épinière.

Nous voyons que dans le cas d'empoisonnement par la strychnine, le patient ne perd pas l'intelligence, tandis que le Piscidia cause la perte sentiment.

Après la mort causée par la strychnine on trouve le cœur dans un état de contraction, vide, dans le même cas si la mort est causée par le Piscidia, nous trouvons le cœur dilaté mou et vide de sang.

De plus l'action du Piscidia et de l'opium son similaires, mais non pas identiques.

L'usage de l'opium est ordinairement suivie de maux de tête nausées etc, accidents qui ne sont jamais observés après l'usage continué même pendant longtemps du Piscidia. Dans l'empoisonnement par l'opium, les yeux sont très excités, et les pupilles contractées, tandis qu'avec le Piscidia, les pupilles sont dilatées, et les yeux fixes.

L'action de la belladone a plus d'analogie avec le Piscidia, mais il existe entre l'action de ces deux remèdes, une grande différence, car la *belladone* cause l'insomnie le délire, la *manie aiguë* et le tétanos comme la strychnine et la brucine.

La belladone agit comme antidote de l'opium dans un cas d'empoisonnement aigu par cet agent, mais le Piscidia détruit les mauvais effets de l'opium lorsque cet agent a créé par son usage longtemps continue un empoisonnement chronique.

De plus la belladone cause une suspension des sécrétions de la peau, tandis que le Piscidia cause une violente diurèse, et agit comme diaphoretique en agissant sur les centres nerveux.

Comme nous venons de le voir le Piscidia Erythérina, est un remède dont l'action l'appelle à jouer un grand rôle, dans le traitement de certaines affections, et nous verrons que son utilité est bien reconnue par les observateurs qui en ont fait l'emploi, nous considérons maintenant l'emploi du Piscidia Erythérina, dans le traitement de certaines affections, et nous apportons à l'appui de nos assertions, les différentes opinions des observateurs, qui ont employé cet agent.

Comme nous l'avons déjà dit, on avait considéré, dès le commencement le *Piscidia Erythérina* comme un hypnotique puissant, tandis que, des observations subséquentes ont fait connaître que le *Piscidia* n'est qu'un sédatif puissant, mais dont l'action diffère de celle de l'opium et se rapproche quelque peu de la belladone, et tient de deux.

Lewis (in *Therapeutic Gazette* 1880 p. 260) vante beaucoup les effets du *Piscidia* dans le traitement des névralgies, et l'emploie aussi dans le traitement de la migraine.

Larrobie l'emploie aussi dans le tic douloureux l'hémicranie et les spasmes musculaires.

Je puis ici ajouter aux observations de ces médecins la mienne, car j'ai employé le *Piscidia* depuis au-delà de 8 à 9 ans dans le traitement des névralgies.

Dans nos climats du lac Supérieur chacun souffre plus ou moins, de névralgie, soit trifaciale, cervico brachiale, intercostale ou sciatique, on comprends qu'il faut dans certains cas faire disparaître ou atténuer la douleur exquise qui accompagne ces affections.

Rien ne m'a rendu autant de services que le *Piscidia*, car dans le traitement de ces affections, il faut donner un remède dont l'action sédatif soit assez forte, pour faire disparaître la douleur, et si l'on est obligé de combiner l'emploi d'un narcotico sédatif, il faut en employer un qui ne créera pas l'habitude comme l'opium.

On a employé le *Piscidia* dans les affections suivantes, dans la migraine, comme sédatif du système nerveux ; pour diminuer la toux, dans les bronchites capillaires aussi dans le traitement des spasmes musculaires, et le rhumatisme.

Nous voyons aussi que le *Piscidia* a été employé dans le cancer utérin dans le but de diminuer les douleurs.—A ce sujet je rapporterai ici une observation qui n'est propre.

L'an dernier j'avais à traiter une vieille dame affectée de cancer utérin, et chez qui l'opium causait des accidents propres à aggraver son état. L'opium ne pouvait pas être supporté et la morphine cela va sans dire, ne l'était pas non plus.

Après avoir fait l'essai de l'hyoscyne, qui ne put pas plus que l'opium être supporté, je me décidai d'essayer le *Piscidia*. J'obtins alors de l'emploi de ce remède de bons résultats, car cette irritation nerveuse, dont cette femme souffrait disparut ; alors la constipation opiniâtre fut diminuée, et l'action sédatif du *Piscidia*, enleva ou diminua considérablement les douleurs pour qu'elle put reposer la nuit, et ce sans causer les troubles nerveux observés durant l'emploi de l'opium.

On se sert souvent du *Piscidia* pour diminuer les douleurs des tumeurs inflammations et dans le panaris, etc.

Seifert et Dujardin Beaumetz ont reconnu que l'emploi du *Piscidia*, est d'un grand avantage dans le traitement des affections des organes respiratoires, comme la bronchite, la tuberculose particulièrement dans les cas où la toux incessante, empêche les malades de dormir.

Tirff l'emploie dans le *delirium tremens*, et Legoy croit qu'il est très utile dans le traitement des paralytiques, qui présentent des symptômes de démence, et dans certains cas de neuropathies accompagnés de troubles gastriques.

Huchard & Landowski l'ont employé avec succès dans la dysménorrhée.

Huchard s'en sert aussi dans le traitement des névralgies, lombéo-abdominales et cervico-brachiales. D'autres observateurs ont reconnu que l'emploi du *Piscidia Erythérina* dans la *coqueluche*, chez les enfants donne dans certains cas, de meilleurs résultats que celui de bromure de potassium ou même la belladone.

Mais c'est particulièrement dans le traitement des affections utérines chez la femme, que le *Piscidia* est précieux.

Dans le cours d'une endométrite, d'une dysménorrhée ou lorsqu'à la suite d'une foule d'accidents consécutifs, la malade est faible, *nerveuse* que l'appétit est nul, la constipation opiniâtre c'est là que le *Piscidia* est indiqué.

Donner l'opium ou la morphine dans ces cas, c'est aggraver souvent l'état de l'affection, risquer à créer l'habitude de l'opium.

Alors si dans de tels cas, on se sert du *Piscidia* au lieu de l'opium, on évite une foule d'accidents et cela sans créer aucun danger.

Dans ces cas d'affections utérines, il faut employer un sédatif, et celui qui ma donné les meilleurs résultats a été le *Piscidia*.

Je ne crois pas que le *Piscidia* soit appelé à chasser l'opium dans le traitement de toutes ces affections, mais il est indiqué toujours dans les cas où l'usage de l'opium est contre indiqué par n'importe quelle raison.

On emploie le *Piscidia* sous plusieurs formes, soit comme extrait solide ou liquide, ou bien on se sert de son alcaloïde la *Piscidine*.

L'on donne l'extrait fluide à la dose de 30 à 60 gouttes, l'extrait solide à la dose de 2 à 3 grains.

Il arrive que souvent on n'obtient pas d'une préparation du *Piscidia* les effets connus, alors dans ce cas il faut bien s'assurer si nous avons là une véritable préparation de *Piscidia*, car les fraudes à ce sujet sont très nombreuses.

Les propriétés thérapeutiques du *Piscidia Erythérina* sont trop précieuses pour que l'on cesse d'en faire l'étude, car je suis certain que cet

agent est appelé, lorsqu'il sera mieux étudié à rendre de grands services dans le traitement d'une foule d'affections.

M. E. de LAVAL M. D. Victoria,

Membre, Société Médicale N. R. Houghton Co. Mich.

Membres hon. Société Medico Chirurgicale de la Nouvelle Angleterre.

---

## MEDECINE

---

### Du traitement de la chlorose

*Messieurs*, je désire aujourd'hui vous entretenir d'une affection que vous aurez fréquemment à traiter dans votre clientèle, je veux parler de la chlorose. Vous savez tous que dans cette maladie il est un médicament indispensable à donner aux malades qui en sont atteints, c'est le fer. Vous donnerez donc du fer à vos chlorotiques ; mais à côté de ce traitement pharmaceutique, vous ne devez pas oublier que vous pouvez aussi vous servir de l'alimentation pour introduire du fer dans l'économie ; vous donnerez donc la préférence au point de vue du régime aux aliments riches en fer, tels que la viande, les haricots, les pois, les lentilles, ce légume si vénéré dans l'antiquité. Mais l'alimentation seule ne fournirait pas aux chlorotiques une quantité de fer suffisante pour la régénération de l'hémoglobine, aussi quand l'estomac est bon et tolérant, la médication martiale s'impose.

Ce serait se préparer une grande désillusion que de croire qu'on va guérir toutes les chloroses ; certains cas de chlorose en effet résistent et cela malgré les moyens que je viens de vous signaler. Il est alors nécessaire de compléter la médication anti-chlorotique ; ici se placent en premier lieu des éléments empruntés à l'hygiène et d'abord une alimentation réparatrice. Comme chez les chlorotiques le suc gastrique est faible, il faut donner des aliments faciles à digérer et qui sous un petit volume soient suffisamment réparateurs. Je n'entre pas dans les détails, ces seuls principes suffisent. Il ne faut pas non plus que les repas soient trop copieux, il vaut mieux les répéter ; en résumé repas peu abondants, mais multipliés.

Quant aux boissons, on en a beaucoup parlé et on a prétendu qu'avec de bons vins on pouvait guérir la chlorose. C'est une erreur, car il faudrait faire absorber une quantité énorme de vin pour arriver à fournir les doses de fer nécessaires. Il faut au contraire se méfier de l'usage des vins chez les chlorotiques qui sont en même temps

presque tous un peu gastralgiques, et vous savez que, quand il existe de la gastralgie, on doit donner la préférence aux liquides moins capables de subir la fermentation acide, tels que la bière, par exemple. Quant aux eaux, on prescrit ordinairement en pareil cas les eaux ferrugineuses (Spa, Bussang, etc.). Il faut peu compter sur ces eaux pour donner aux chlorotiques la dose de fer nécessaire. De plus, au bout d'un certain temps le fer se dépose au fond de la bouteille et comme la malade se garde bien d'agiter celle-ci avant de se verser de l'eau, elle ne boit qu'un liquide quelconque sans le principe actif utile.

Mais chez certaines chlorotiques, dont l'estomac est intolérant, les eaux minérales peuvent néanmoins être utiles pour accoutumer peu à peu l'organisme à la médication ferrugineuse.

Ce qui a une importance plus considérable, c'est la vie à l'air libre ; les chlorotiques que nous avons le plus souvent à soigner en ville sont des dames ou des jeunes filles sortant peu ou ne sortant qu'en voiture et n'allant guère que dans des théâtres ou dans des maisons particulières sans jamais ou à peu près marcher, ni respirer à l'air en prenant de l'exercice. La vie à l'air libre, à la campagne, est un des meilleurs adjuvants du traitement. Mais il faut savoir prescrire l'usage de la campagne, car les femmes font souvent moins d'exercice à la campagne qu'à la ville, elles restent volontiers toute la journée à la maison, n'ayant point de visites à rendre et ne sachant pas se forcer à sortir dans le seul but de marcher et de respirer. La vie à la campagne doit consister à rester au contraire le plus longtemps possible dehors et à faire des promenades hygiéniques. C'est pour moi à ce point de vue il y a grand avantage à envoyer les jeunes chlorotiques dans les montagnes, au bord de la mer ou dans une station thermale, parce que dans ces endroits l'habitude, disons la mode, est de rester à l'air et de faire des excursions.

Vous ne sauriez croire combien l'habitude est un maître tyrannique et à la campagne, l'habitude, la règle n'est point de sortir chaque jour.

Je ne veux point vous dire qu'on puisse indifféremment envoyer une chlorotique à la mer ou dans les montagnes, c'est là une affaire de tempérament et de constitution, de plus la saison doit aussi vous guider en pareille circonstance.

Dans la belle saison, vous pourrez recommander les climats du Nord ou la Suisse, l'hiver les bords de la Méditerranée. Je vous le répète, ce sont les conditions de tempérament et de constitution sur lesquels la chlorose est venue se fixer qui doivent déterminer le choix de la station. S'il s'agit d'un tempérament mou, lymphatique, la mer ou les stations élevées sont indiquées ; si au contraire vous avez affaire à un tempérament excitable, il faut vous garder de prescrire ces séjours où

l'air est trop excitant comme les bains de mer ou les pays d'altitude : c'est alors que les stations thermales sont indiquées.

On a beaucoup insisté sur la nécessité d'imposer aux chlorotiques l'exercice, mais dans quelle mesure faut-il en prendre ? Voilà ce qu'il est essentiel de bien fixer.

Vous épuiseriez certaines chlorotiques en leur faisant faire trop d'exercice, et vous savez bien d'ailleurs que certaines femmes deviennent chlorotiques à la suite d'excès d'exercice. Chez ces malades arrivées à une chlorose excessive, le repos est une excellente condition de guérison, il s'impose. Mais quand la chlorose est moins profonde, l'exercice rend de très bons services, à condition toutefois qu'il soit proportionné aux forces de la malade. Et c'est ce point limité qu'il est très difficile de savoir bien fixer. Ce qu'il convient de faire c'est de l'entraînement, et pour moi il n'y a à cet égard qu'une règle, il faut que le lendemain la fatigue de la veille soit passée, sans quoi la fatigue a été exagérée. Voilà le principe qui doit vous servir à entraîner peu à peu votre malade et c'est d'ailleurs celui qui guide les entraîneurs de chevaux : passez-moi la comparaison, je l'emploie parce qu'elle rend parfaitement ce que je veux vous faire comprendre. Vous devez donc mener petit à petit vos chlorotiques à un exercice progressif.

Quant aux exercices violents, je n'en suis pas partisan, et d'ailleurs à mon avis cette mode de faire faire aux jeunes filles de l'escrime ou de la boxe présente des inconvénients graves, dont le moindre n'est pas de donner des habitudes et des apparences masculines à celles dont la grâce doit toujours être l'apanage. Il vaut mieux faire faire une gymnastique modérée et sagement conduite.

Il y a une chose bien nécessaire aussi aux chlorotiques, c'est le sommeil ; il faut qu'elles dorment beaucoup, plus que les gens bien portants, car c'est pendant le sommeil que l'on répare le plus ses forces. Vous comprenez donc le danger qu'offrent les veilles prolongées, les fêtes, les bals, etc.

Enfin surgit une grosse question, posée depuis longtemps et diversement résolue, c'est celle du mariage. Autrefois l'on se faisait une idée très fautive de la chlorose et de l'hystérie ; l'on croyait que ces états morbides étaient causés par la non satisfaction de l'appétit sexuel. Si quelques faits de ce genre sont vrais, c'est en tout cas l'exception, et vouloir les généraliser serait une grave erreur. L'on ne peut pas poser ici de règle fixe : en effet le mariage pour les chlorotiques peut être nuisible, il peut être très utile.

C'est qu'en effet le mariage ne va pas sans la grossesse ; or la grossesse chez une femme très chlorotique peut être dangereuse, puisque

chez une femme saine, cet état suffit quelquefois pour engendrer une chloro-anémie.

La règle en somme est qu'il y a inconvénient grave pour une femme à commencer une grossesse étant chlorotique ; l'accouchement et l'allaitement achèvent ensuite de débilitier la femme. Voilà les dangers, les inconvénients du mariage. Cependant le mariage peut être utile dans quelques circonstances ; l'excitation des sens peut activer la circulation, puis l'appétit. Ce qui est surtout plus vrai, c'est que le mariage transforme quelquefois une existence calme, triste, recluse en une vie heureuse, remplie de distractions.

Donc un bon mariage peut être utile aux chlorotiques, un mauvais au contraire très nuisible. Il ne faut pas oublier non plus qu'en se mariant la femme devient maîtresse de maison, d'où soucis moraux, fatigues, etc., qui sont nuisibles aux chlorotiques. Vous voyez que la question est plus complexe qu'elle ne paraît.

Je suppose maintenant que vous soyez en présence d'une chlorotique chez laquelle la médication ferrugineuse n'est pas tolérée. Est-on désarmé ? Pas tout à fait. Il y a en effet un certain nombre de succédanés du fer et en premier lieu le manganèse. Mon collègue Hayem est d'avis que ce médicament améliore la chlorose, mais ne guérit pas.

C'est mon avis ; je crois pourtant que les indications du fer et du manganèse ne sont pas les mêmes. J'ai vu des chlorotiques chez lesquelles le fer n'avait amené aucune amélioration et où la médication manganésienne en peu de temps ramenait la proportion des globules aux taux normal. L'avantage du manganèse sur le fer est qu'il est plus facilement toléré. Le fer détermine quelquefois la production de furoncles, d'autres fois des maux de tête ou des symptômes d'empoisonnement, de sorte que je vous le répète, le manganèse peut se substituer utilement au fer.

Hayem pense que le manganèse n'agit pas par lui-même, mais par les petites quantités de fer qu'il contient toujours. Je ne le crois pas, car où le fer échoue le manganèse peut réussir. J'ajoute que les préparations de manganèse ou de bioxyde de manganèse, calment les phénomènes gastralgiques. Vous pourrez débiter par le bioxyde de manganèse pour accoutumer le malade, puis vous donnerez du carbonate de manganèse en pilules de 0.10 centigrammes. Mais en pareil cas, veillez à ce que le pharmacien donne bien ce que vous prescrivez, car voici ce que j'ai observé : j'avais ordonné de ces pilules à une de mes clientes qui me déclarait ne pas pouvoir les tolérer ; étonné je vérifiai et je constatai que le pharmacien lui avait donné un mélange de fer et de manganèse, des pilules de Pêtrequin.

Les eaux de Spa, de Carlsbad, d'Ems, de Luxeuil contiennent aussi du manganèse, mais là le manganèse est associé au fer.

Vient maintenant un autre médicament, c'est l'arsenic.

Dujardin-Beaumetz, qui trouve non sans raison qu'on abuse du fer, a proposé l'usage de l'arsenic. Ce médicament peut rendre de grands services, surtout chez les chlorotiques de source tuberculeuse, chez les chlorotiques maigres dont la nutrition se fait mal; vous pourrez chez ces malades associer l'arsenic au fer ou au manganèse suivant les cas.

Presque toujours la chlorose est accompagnée de dyspepsie. La dyspepsie disparaît souvent sous la seule influence du traitement antichlorotique, mais quand elle résiste, vous vous trouverez bien de l'oxygène et de toutes les préparations à base d'opium.

Je vous ai surtout et presque exclusivement parlé du traitement de la chlorose primitive. Dans la chlorose secondaire, consécutive à d'autres affections, telles que l'ulcère simple de l'estomac, ce qui prime tout ce sont les indications fournies par la maladie causale.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

### **Iodure de potassium et la tuberculose pulmonaire.**

Il n'est pas nouveau d'administrer l'iodure de potassium aux phtisiques, tout au moins dans certaines formes. M. G. Sticker, dans le *Centralblatt, f. klin. méd.* n°3. 1891, attribue à ce médicament une importance très grande, non seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi au point de vue diagnostique. Ce serait presque un succédané de la lymphé ce Kock.

Ainsi, si l'on fait prendre à un individu bien portant pendant quelques jours une dose de 0 gr. 5 à un gramme d'iodure de potassium, il ne se produit rien du côté des poumons; tout au plus constate-t-on dans quelques cas du catarrhe laryngo trachéal. Mais s'il y a des lésions diffuses, soit des petites bronches, soit du poumon, on voit la poitrine se remplir de râles humides plus ou moins gros.

Qu'il s'agisse d'une tuberculose pulmonaire en foyer peu évidente, ne se traduisant que par une légère modification de sonorité aux sommets, sous l'influence d'iodure de potassium, au niveau de ce foyer, il se produira une sécrétion abondante, des râles nombreux. La toux sèche deviendra humide, et dans les crachats on pourra alors rencontrer les bacilles caractéristiques. Des modifications analogues se produiront vers les points où il existe un peu de pleurésie sèche.

L'iodure de potassium ne doit pas être administré aux tuberculeux, au seul point de vue du diagnostic. Il leur est utile comme traitement dans les formes accompagnées d'atrophie fibreuse consécutive à une pneumonie interstitielle chronique; il est également avantageux lorsqu'il existe de la pleurite adhésive ou lorsque la tuberculose se dissimule derrière l'emphysème.

(*La Pratique Médicale.*)



## Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé

Communication faite à la Société de médecine de Paris,

par M. de PEZZER

Les excellents effets des injections d'éther iodoformé dans le traitement des adénites tuberculeuses sont connus depuis les mémoires de M.M. Verneuil, Verchère, Reclus, etc. Les faits dans lesquels ces injections ont déterminé une régression plus ou moins rapide de la glande malade ne se comptent plus ; aussi n'ai-je pas l'intention d'insister sur les cas analogues à ceux qui ont déjà été publiés, non plus que sur le manuel opératoire qui a été bien décrit par les précédents auteurs. Je veux seulement attirer l'attention sur quelques particularités de ce traitement qui ne me semblent pas aussi vulgarisées qu'elles mériteraient de l'être, et qui m'ont vivement frappé chez quelques malades actuellement guéris.

Le premier point est le suivant : Un malade, atteint d'adénite tuberculeuse suppurée, chez lequel un chirurgien des hôpitaux de Paris, qui ne passe pas pour être un opérateur à outrance, voulait pratiquer l'incision par le grattage, a parfaitement guéri par une seule injection d'éther iodoformé.

Il s'agissait d'un homme de trente trois ans, grand, robuste, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais été malade, n'ayant nullement l'apparence d'un tuberculeux, et qui présentait depuis trois ans, au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, une petite tumeur dure, mobile sous la peau, indolente et stationnaire. A la suite d'une chute de cheval, dans laquelle la tête porta violemment sur le sol, la petite tumeur du volume d'un noix se ramollit, la peau rougit et, lentement, sans douleur, sembla sur le point de s'ulcérer. Un chirurgien des hôpitaux diagnostiqua une adénite tuberculeuse, sans pouvoir en préciser le point de départ et proposa l'incision et le grattage du foyer.

Peu enthousiasmé par cette proposition, le malade alla voir M. Verneuil, qui porta le même diagnostic, mais conseilla l'injection d'éther iodoformé après aspiration du pus contenu dans l'abcès. Quelques jours après, je fis cette opération. Comme je me servis d'une seringue de Pravaz ordinaire, peut-être l'aiguille était-elle trop petite pour livrer passage au pus ; aussi n'en vint-il pas une seule goutte ; je poussai néanmoins le tiers du contenu de la seringue d'éther iodoformé à 5 pour 100. L'éther, en se vaporisant, dilata la poche sans causer de douleur très vive ; les jours suivants, la cavité de l'abcès se rétracta peu à peu et, au bout de qu'inze jours, il n'en restait plus de trace.

Ce fait date de trois ans, et le malade est resté parfaitement guéri.

Dans un autre cas, la tumeur ganglionnaire beaucoup plus volumineuse, également le siège d'un abcès, paraissait devoir être traitée plus avantageusement par l'incision et le grattage du foyer que par la simple injection d'éther iodoformé ; cependant ce dernier mode de traitement fut préféré et eut le même succès que chez le précédent malade.

Il s'agissait d'une dame d'une trentaine d'années, d'un tempérament lymphatique, ayant dans la région carotidienne gauche, en avant du sterno-mastoïdien, une tumeur du volume d'un œuf de dinde et composée de plusieurs ganglions comme réunis par une gangue inflammatoire. La peau était adhérente, rouge, tout près d'ulcérer. La dame coquette, ne voulait pas entendre parler d'incision conseillée par un chirurgien des hôpitaux et qui eût laissé une cicatrice visible.

Je lui fis, avec l'assistance du docteur L. H. Petit, une ponction avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy, puis l'aspiration qui amena environ deux petits verres de pus. Ce liquide fut remplacé par 20 grammes d'éther iodoformé à 5 pour 100. Le pus ne se reproduisit pas.

Pour accélérer la fonte de ces masses ganglionnaires, je fis encore avec la seringue de Pravaz trois injections dans les ganglions à trois semaines d'intervalle. La guérison eut lieu sans encombre et ne s'est pas démentie depuis quatre ans.

Pendant le traitement, la malade prenait chaque jour un cachet contenant 0,10 centigrammes d'iodoforme.

Ainsi donc, des cas, dans lesquels l'incision et le raclage de ganglions tuberculeux ramollis semblaient indiqués et avaient été conseillés par des chirurgiens compétents, ont été traités par la simple injection d'éther iodoformé et ont parfaitement guéri.

Si l'on met en parallèle, d'une part, l'incision et le grattage des foyers qui constituent une opération nécessitant l'anesthésie par le chloroforme, et laissant après elle une cicatrice visible—et, d'autre part, l'injection *précédée ou non* d'aspiration qui procure une guérison aussi rapide sans laisser de traces, il est évident que tout l'avantage reste à ce dernier mode de traitement.

Cet avantage est encore plus marqué dans les cas de polyadénite.

Je viens justement d'avoir en traitement une jeune fille de quinze ans, d'aspect strumeux, des plus typiques, et à laquelle on a pratiqué successivement, au côté droit du cou, trois opérations pour des ganglions tuberculeux ramollis. Chaque opération a laissé une cicatrice et n'a pas empêché le développement de la maladie dans le ganglion voisin, si même elle ne l'a provoqué. Après la guérison des trois opérations, deux nouveaux ganglions se sont montrés au-dessus des

autres, près de l'angle de la mâchoire : un, du volume d'une grosse noix, superficiel ; l'autre, un peu plus petit et recouvert par l'autre.

Je commençai le traitement, en décembre 1890, par des injections d'éther iodoformé à 5 pour 100 dans le ganglion superficiel le plus volumineux. J'injectai chaque fois la moitié d'une seringue de Pravaz. Actuellement, les deux ganglions, aussi bien que celui qui n'a pas reçu les injections que celui qui en était le siège, ont disparu.

La malade, très anémique, prenait en même temps de l'iodure de fer et du tannin. La guérison a été un peu lente, mais elle est petite ouvrière dans un magasin et son régime est peu substantiel.

Il semblerait donc, après ce fait, que l'éther iodoformé exerce son influence plus loin que le ganglion dans lequel on l'injecte, puisque celui des deux auquel on n'a pas touché a diminué aussi bien que l'autre.

J'ai obtenu le même résultat heureux chez une autre jeune fille de seize ans, a figure scrofuleuse très marquée, quoique brune, et qui présentait, en arrière de la mâchoire inférieure sous l'oreille droite, un ganglion du volume d'un œuf de pigeon et, dans la région sous maxillaire gauche, un autre ganglion un peu moins gros. Tous deux étaient d'ailleurs durs, indolents sans adhérence à la peau, s'étaient montrés six mois auparavant et augmentaient lentement de volume.

Après avoir essayé inutilement un traitement interne, je fis tous les quinze jours, dans le ganglion *le plus volumineux* situé au-dessous de l'oreille, une injection d'une demi-seringue d'éther iodoformé à 5 pour 100. Après la cinquième injection, le ganglion le plus volumineux était diminué de moitié, et l'autre d'un tiers environ.

La malade alla passer deux mois à la campagne. Lorsqu'elle revint, les deux ganglions n'avaient plus que le volume d'un pois et étaient à peine sensibles au milieu des tissus. Depuis trois ans, l'engorgement ganglionnaire n'a pas reparu.

Ces deux faits semblent donc démontrer que l'injection d'éther iodoformé exerce sur l'organisme, et en particulier sur les ganglions tuberculeux, une influence générale capable de produire à distance des résultats favorables.

Elle fait disparaître des ganglions malades qui n'ont pas été touchés directement par elle, et prévient jusqu'à un certain point l'apparition d'autres ganglions—ce que n'a pu faire l'extirpation sanglante.

CONCLUSIONS.—Les faits que je viens de citer démontrent donc :

1° Que les injections d'éther iodoformé, pratiquées dans les cas d'adénites tuberculeuses, dans lesquelles l'ablation par l'instrument tranchant semblait indiquée, ont amené la guérison durable sans cicatrice ;

2° Que ces injections semblent agir, non-seulement sur les ganglions injectés, mais encore sur d'autres ganglions malades en même temps qu'eux et situés à une certaine distance. *L'Union Médicale.*

## CHIRURGIE.

### Deux cas de mal perforant

Par M. DÉJERINE

(1) L'un des malades de M. Déjerine est un tailleur de pierre, âgé de 59 ans, qui a toujours eu une excellente santé et n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. En 1871, il se développa, à la face plantaire du gros orteil gauche, un durillon qui s'enflamma et suppura; ces accidents furent suivis de l'établissement d'une fistule. Cinq mois après apparurent des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, plus violentes du côté du mal perforant. En 1882, on amputa le gros orteil et il ne s'est pas développé de nouvelles ulcérations. Mais c'est que le malade marche fort peu, car il a des douleurs au niveau des têtes des premier et cinquième métatarsiens qui s'ulcèrent très facilement. Le patient présente différents symptômes du diabète à la première période, et le début de la maladie a été le mal perforant, c'est là un fait exceptionnel. L'état est stationnaire depuis près de vingt ans, et, cependant, il n'y a pas de lésions du fond de l'œil. C'est encore une rareté, car ce n'est guère que chez les tabétiques atteints d'atrophie pupillaire que l'on observe ces symptômes.

Le second malade présenté est un homme de 70 ans, gros mangeur, gros buveur, polyurique, avec anesthésie deux ans auparavant. Après incision et grattage, la guérison fut complète. A ce moment, les urines renfermaient 15 grammes de sucre par litre.

Ce malade est toujours diabétique. Il présente une anesthésie au toucher, à la piqure, à la température, occupant la face plantaire des orteils et de la tête des métatarsiens, occupant même une partie du dos du pied. Il n'y a pas d'autres troubles sensitifs, mais le réflexe rotulien est aboli. Cette abolition semble coïncider souvent avec des troubles sensitifs et trophiques. Le mal plantaire semble dû à une névrite périphérique que peut amener le diabète. Tantôt les altérations des nerfs se révélaient par des névralgies; tantôt par des douleurs fulgurantes; tantôt par des anesthésies; tantôt par des paralysies avec atrophie musculaire, griffe des orteils, réaction de dégénérescence. La réunion

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

des divers symptômes, douleurs fulgurantes, marche difficile et festonnante, ilots d'anesthésie, joints à l'abolition des réflexes, simulent l'ataxie. C'est la forme pseudo-tabétique. Ces névrites, dont la pathogénie est inconnue, se traduisent anatomiquement par une lésion analogue à la dégénérescence wallerienne. Cependant cette lésion est curable.

Il faut toujours, en présence d'un mal perforant, songer à l'ataxie et au diabète. Comme traitement local, le repos et la propreté suffisent souvent ; dans les rebelles, on recourt à l'intervention chirurgicale. L'étiologie montre toute l'importance du traitement général.

*La Pratique Médicale.*

### **Injectons de pyoctanine dans les tumeurs malignes.**

*(Société de chirurgie.)*

M. LE DENTU.—J'ai fait quelques essais d'injection de pyoctanine dans le traitement de divers épithéliomas. Ces essais, au nombre de cinq, n'ont été suivis d'aucun succès. Dans un cas d'épithéliomas de la paupière chez une malade de cinquante-deux ans, j'ai pratiqué des badigeonnages répétés de pyoctanine ; il y a eu aucun changement ; j'ai dû enlever la tumeur, qui a été examinée ; les cellules n'étaient nullement modifiées.

Le résultat a été aussi défavorable dans un épithéliomas de la lèvre, sur lequel on avait fait des badigeonnages répétés (cinq par jour) avec une solution de pyoctanine à 3/100 d'abord, puis à 1/100. Les injections n'ont pas mieux réussi. Le troisième essai a été aussi infructueux.

Dans un épithélioma primitif des ganglions du cou, des badigeonnages et des injections très abondantes n'ont amené aucun résultat.

Enfin, chez une femme de trente-trois ans, atteinte d'épithélioma très étendu de la langue, badigeonnages et injections ont aussi échoué ; il y a eu une amélioration très légère, bientôt suivie de la marche envahissante de la tumeur.

M. RICHELOT.—J'avais été aussi très séduit par les faits de M. von Mosetig-Moorhof ; j'ai fait des essais, ils ne sont pas encourageants : une récurrence d'épithélioma de la joue est restée dans le même état après deux mois de traitement ; un épithélioma du maxillaire inférieur a évolué comme si on n'avait rien fait, le sujet a succombé. Il en a été de même dans un cancer du sein qui avait été traité par les injections très abondantes de pyoctanine.

Enfin, un ostéosarcome du bassin, que j'avais véritablement imbibé de pyoctanine (30 injections interstitielles, est resté longtemps sans modification ; il y a quinze jours la tumeur s'est modifiée, elle a diminué notablement de volume, presque d'un tiers, un trajet fistuleux s'est ou-

vert et a donné issue à un écoulement abondant, mais, en même temps l'état général s'est aggravé ; le malade pètit, s'amaigrit, se cachectise.

M. RECLUS.—J'ai traité deux malades, l'un atteint d'adénopathie cancéreuse du cou consécutive à un épithélioma de la langue, l'autre porteur du cancer inopérable ; les résultats ont été encore plus mauvais que ceux de M. Richelot, les cellules ont été peu colorées, la maladie s'est accumulée en foyers dans les fissures.

*Nouveaux Remèdes.*

### **Dissolution *in situ* des calculs biliaires à l'aide d'injections de glycérine et d'éther**

M. John Walker, chirurgien au *Clayton Hospital* de Wakefield, a obtenu, l'année dernière, un cas qu'il me paraît intéressant de rapporter. Il s'agit d'une femme de vingt sept ans, sujette à des attaques de coliques hépatiques, auprès de laquelle M. Walker fut appelé le 7 mars 1890. On sentait au travers la paroi abdominale un calcul engagé dans un des canaux biliaires et l'on put, par une manipulation digitale habilement conduite, refouler le calcul dans l'intestin. La malade fut immédiatement soulagée et rendit le calcul avec des matières fécales. Deux jours plus tard, les douleurs reparurent ; on sentait encore un calcul à travers le paroi abdominale, qui était très mince ; mais M. Walker ne put le faire cheminer jusque dans l'intestin et se contenta de le refouler dans la vésicule biliaire. Sept jours plus tard, nouvel accès ; le calcul engagé ne put être déplacé et, le 26 mars, M. Walker pratiqua la cholécystomie.

Après avoir divisé la vésicule biliaire il enleva plusieurs calculs qui y étaient contenus et put arriver à sentir le calcul engagé dans le canal cystique. A l'aide d'une curette de Wolckmann, ce calcul put être sectionné en deux et enlevé. En tout on retira 27 calculs ; après quoi, la vésicule biliaire fut saturée à la paroi abdominale et la cavité drainée.

La température, après s'être légèrement élevée le soir de l'opération, s'abassa le lendemain et demeura normale par la suite. Comme la malade vomissait continuellement, M. Walker supprima le drain qui paraissait en être la cause et les vomissements cessèrent. La guérison ne tarda pas à se manifester et la malade quitta l'hôpital dans un état excellent ; il persistait encore cependant une fistule biliaire de laquelle s'écoulait chaque jour une petite quantité d'un liquide jaunâtre.

Malgré cela, l'état persista bon jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre ; à ce moment la malade fit une fausse couche de deux mois et fut prise de violentes douleurs abdominales provoquées par l'engagement d'un calcul nouveau dans le canal cystique. Avec un cathéter passé à travers la fistule,

on arrivait facilement jusqu'au calcul. M. Walker introduisit jusqu'à son niveau un tube de verre à travers lequel il injecta goutte à goutte une petite quantité d'un mélange à parties égales de glycérine et d'éther. La malade accusa une violente sensation de brûlure, qui persista peu de temps : les douleurs s'amendèrent graduellement pour disparaître dès le lendemain d'une façon complète.

Un examen fait à l'aide du cachéter permit de constater la disparition du calcul qui avait été dissous par l'éther. Ce procédé de dissolution *in situ* n'a pas encore été appliqué ; il est intéressant à signaler et est peut être appelé à rendre quelques services.—(*The Lancet.*)

---

## GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

---

### Rigidité anatomique de la partie antérieure de l'orifice utérin pendant le Travail. Application du forceps. Déchirure de la lèvre antérieure. Guérison.

(Loviot : *Bull. et Mém. de la Soc. obst. de Paris, déc. 1890 et janvier 1891*)

Primipare de 20 ans, en travail depuis 48 heures : présentation O. I. G. A. Dilatation moindre que la paume de la main. Orifice mince et dilatable en arrière, épais et *rigide* comme du cuir bouilli, *en avant*. La lèvre n'est pas pincée entre la tête et le pubis. Chloroforme à petites doses continues pour calmer l'agitation. La dilatation ne progressant plus, malgré la patience de l'accoucheur, on a recours aux *injections chaudes* et à de prudentes tentatives de *dilatation digitale*, mais sans résultat. Quelques heures plus tard, et malgré le statu quo dans l'état de l'orifice, M. Loviot applique le *forceps* avec l'espoir que des tractions très prudentes serviront à dilater graduellement le col et permettre à la tête de passer. La facilité avec laquelle la tête est extraite, fait croire à l'opérateur que l'orifice n'a subi aucune violence ; mais à l'examen il trouve un *lambeau de col* de 3 cent. 1/2 de long et 1 cent. de large, provenant d'une *déchirure transversale*, et flottant dans le vagin ; on excise 2 centim., le 3<sup>me</sup> jour de l'accouchement. Antiseptie ; guérison. A propos de ce cas M. Loviot prie la Société obstétricale d'émettre son avis sur les questions suivantes : Faut-il dans le cas de rigidité totale ou partielle, pendant le travail, user de plus de patience ? La dilatation digitale et l'eau chaude ayant échoué, faut-il employer des dilata-teurs mécaniques, tels que l'écarteur de Tannier, le ballon dilata-teur de Champetier, etc. ? Est-on autorisé à faire des incisions, et que<sup>1</sup>

en est le meilleur procédé opératoire? La Société, sans parler des dilateurs mécaniques, discuta la question des *incisions*: M. Charpentier, sans les repousser absolument, les croit dangereuse et cite un cas où mère et enfant ont succombé. Il souhaite quelque procédé pouvant remplacer les incisions. M. Pajot voit, dans le cas cité par M. Charpentier, un fait isolé, et pourrait en citer 20 autres suivis de succès. De même que M. Bonnaire et M. Guéniot, il déclare que les incisions, grâce auxquelles on évite les déchirures irrégulières de l'orifice, constituent un bon procédé, auquel pourtant on ne doit recourir que lorsque tous les autres moyens auront échoué. M. Bonnaire rappelle que, grâce à l'antisepsie actuelle, Dührssen a pu exposer au Congrès de Berlin, avec cas heureux à l'appui, un procédé qui consiste à mener des incisions multiples à travers toute l'étendue du col, *jusqu'aux culs de sac du vagin* (!).

M. Guéniot cite trois cas où il dut, avec l'emploi du chloroforme faire des incisions pour élargir la voie. Dans le premier cas la rigidité anatomique intéressait les deux tiers *supérieurs* d'un col ayant sa longueur. Le tiers inférieur conservant sa souplesse ne devait pas être divisé. En outre l'orifice *interne* étant le point le plus resserré, c'est bien là, et de dedans en dehors (de la muqueuse du canal vers les couches musculaires) qui devait agir le *bistouri boutonné* dont le tranchant avait été en grande partie couvert de diachylon. Dans les deux autres cas il s'agissait d'une rigidité cancéreuse intéressant toute la hauteur et presque toute la circonférence du col. Au moyen de *grands et forts ciseaux*, l'opérateur taillant en plein tissu morbide fit une série de petites incisions jusqu'à, et y compris l'orifice interne. M. Guéniot, qui craint de provoquer une hémorrhagie redoutable, dans les cas surtout où l'instrument doit atteindre toute l'épaisseur du col ainsi que l'orifice interne, n'a pas eu dans chacun des trois cas qu'il cite plus de 60 à 80 grammes de sang. Il résume ensuite comme suit sa manière de procéder dans l'emploi des incisions: 1° Les incisions ne doivent être employées que lorsque on a épuisé sans succès les autres moyens. *Antisepsie rigoureuse* avant et après l'opération. 2° Emploi de longs et forts ciseaux ou, dans certains cas, du bistouri boutonné dont le tranchant, recouvert de diachylon, ne sera laissé libre que dans ses 15 derniers millimètres. 3° Guider l'instrument à l'aide de deux ou de plusieurs doigts. 4° Par l'introduction un peu forcée de ces doigts *dans la cavité du col*, provoquer sur les parties à sectionner la formation de *reliefs* ou de *brides* qui seront successivement divisés par tranchant. 5° Multiplier de la sorte *les incisions superficielles*, plutôt que d'en restreindre le nombre en augment leur profondeur. 6° Enfin, dans le cas où, *par exception*, les entailles devraient être réduites à deux ou



à trois, les pratiquer de préférence *sur le diamètre transversal* du col, afin d'éviter plus sûrement la blessure des organes voisins.

*Revue de Bibliographie.*

### **Epilepsie causée par l'imperforation de l'hymen**

Le docteur Somers rapporte, dans le *Lancet*, un fait intéressant résumé par la *Revue des sciences médicales*. Il s'agit d'une malade chez laquelle les attaques d'épilepsie remontaient à trois ans déjà. Elles avaient été précédées pendant un an de malaises, céphalalgies, anorexie, douleur du ventre revenant chaque mois. Elles furent d'abord espacées, puis se montrèrent sur la fin de plus en plus fréquentes. Tous les caractères étaient ceux d'une épilepsie ordinaire, et Somers, vu l'âge de la malade (21 ans) et l'absence des règles, songea d'abord à une grossesse chez une épileptique, mais l'examen lui fit reconnaître l'imperforation de l'hymen. L'incision laissa écouler un pus épais et sanieux. Depuis, les règles se sont établies, l'état général est bon; les attaques n'ont pas reparu depuis quatorze mois.—(*Journ de méd. et chir. pratq.*)

---

## PÆDIATRIE.

---

### **Traitement de l'impétigo chez l'enfant**

Par M. E. GALLOIS.

Ce traitement a pour base le pansement occlusif dépassant les limites du mot et pour topique les taffetas à l'ichtyol ou le collodion iodoformé appliqué au pinceau.

Au cuir chevelu on réalise cette indication soit au moyen d'un bonnet de caoutchouc, soit par l'emploi d'un corps gras de consistance appropriée: axonge balsamique, cérat borique, vaseline avec addition de cire, etc. Les deux moyens peuvent être employés simultanément, c'est-à-dire que le bonnet de caoutchouc peut être appliqué sur la tête préalablement enduite du corps gras.

Sur certains points de la face, le traitement par les corps gras est seul applicable. Il est utile alors d'employer une pommade antiseptique, iodoformée ou tout au moins boriquée à 1/10e. Dans tous les cas, on devra s'être tout d'abord débarrassé des croûtes par l'enveloppement avec le caoutchouc et un savonnage sérieux. Il sera toujours utile de faire prendre à l'enfant un bain par semaine avec: bichlorure de mercure, 2 grammes pour un bain de cinquante à soixante litres.

Après le bain, tous les vêtements seront remplacés par des vêtements neufs ou désinfectés. Les ongles seront brossés avec soin pour éviter les réinoculations par le grattage.—*Dauphiné médical* janvier 1891.

### **Le sulfonal dans un cas de trismus de nouveau-nés**

Il s'agit d'un enfant âgé de huit jours chez lequel les manifestations morbides survenaient dès le cinquième jour. En cinq heures l'enfant a eu cinq accès. J. BÉRÉNYI prescrivit le sulfonal en lavement (à 6 gr. 2) et à l'intérieur. Les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence immédiatement après l'institution du traitement. Guérison après six jours. L'enfant a reçu en tout jusqu'à 10 grammes de sulfonal sans que l'on ait noté de somnolence ou de phénomènes secondaires fâcheux quelconques.—*Theor. Mntsh.*, mars 1891, p. 201 et 202.

## BULLETIN

### **Esto perpetuo**

Enfin l'union est faite.

Les professeurs de nos facultés de médecine se sont réunis et le personnel du nouveau professorat a été choisi à la satisfaction de tous.

Nous avons toujours été en faveur de cette fusion des deux écoles, et nous sommes convaincus qu'une union sur des bases aussi honorables sera d'un grand avantage pour la profession médicale canadienne-française. *Esto perpetuo.*

Les doyens des deux facultés, messieurs les Drs Rottot et Hingston ont fait preuve d'une grande abnégation en refusant de se laisser mettre en nomination.

Voici les officiers de la nouvelle faculté :

Président : M. le Dr L. B. Durocher.

Secrétaire : M. le Dr H. E. Desrosiers.

Tésorier : M. le Dr L. A. Demers.

### **Association Médicale du Canada**

Comme nos lecteurs le voient par l'avis que nous publions plus loin, l'assemblée annuelle de l'Association médicale du Canada aura lieu, cette année, à Montréal.

Nous espérons que Montréal sera fidèle à son passé.

Les assemblées qui se sont tenues en cette ville ont toujours été brillantes, tant par le nombre des médecins qui y ont assisté que par la valeur des travaux qui y ont été faits.

Beaucoup de nos lecteurs se rappelleront sans doute l'assemblée qui a eu lieu à Montréal, il y a quatorze ans, sous la présidence de M. le Dr Hingston ; aussi la dernière, il y a six ans, au Synod Hall, présidée par l'honorable Dr Sullivan, de Kingston. Beaucoup de médecins distingués assistaient à ces assemblées.

Nous espérons, que les membres de la profession médicale canadienne-française ne feront pas défaut.

L'on a déjà fait des arrangements pour un grand dîner ; il y aura aussi une *conversazione*.

Les souscriptions ont déjà atteint une somme considérable.

### Les Pharmaciens

Nos pharmaciens viennent de faire passer une loi, à l'effet d'empêcher tout médecin de tenir une pharmacie, à moins de renoncer à l'exercice de sa profession.

Bien que les médecins eussent été en droit de s'opposer à l'adoption de cette loi, la profession, en général, s'est abstenu de faire entendre de justes réclamations.

Mais en retour de ce renoncement à l'un de nos droits, il semble que le moins que l'on puisse attendre des pharmaciens, c'est qu'ils cessent de prescrire, d'usurper le rôle du médecin.

Or, il semble que, loin de diminuer, cet abus grandit chaque jour, au point que nous sommes à nous demander s'il n'y aurait pas lieu d'adopter des mesures répressives à cet égard.

La plupart des pharmaciens prescrivent ; un certain nombre le font sans même s'en douter : comme M. Jourdin qui faisait de la prose sans le savoir.

Les pharmaciens de cette dernière catégorie sont assurément moins coupables que ceux de la première ; mais au point de vue de la santé des malades, leur abus de science médicale est tout aussi déplorable.

Prescrire, c'est-à-dire ordonner les médicaments qui conviennent dans telle ou telle affection, est une partie de la science médicale qui appartient exclusivement au médecin. — Un pharmacien peut avoir de grands talents, il sera certainement très fort dans la manière de préparer les médicaments, mais comme ses études n'ont pas porté sur la pathologie et les autres branches qui sont l'apanage du médecin, il en sera nécessairement réduit à soigner les symptômes—et l'on sait où cela peut conduire.

Nous en constatons tous les jours les déplorable effets.

“ Nous ne prescrivons pas, entendons-nous dire bien souvent, nous ne faisons que délivrer les remèdes patentés.”

Voyons, messieurs, soyez de bonne foi.

Délivrer des remèdes patentés, c'est donner à quelqu'un un remède patenté qu'il vous demande : par exemple, M. X... entre chez vous et vous demande une bouteille de vin de Vial, vous la lui donnez. Très bien, vous êtes dans votre rôle ; vous délivrez des médicaments patentés.

Mais quand le jeune Z... vous déclare qu'il a une gonorrhée et que vous lui dites, en lui donnant du carbonate de soude et une fiole de capsules Mathey-Caylus : "Voici qui va vous guérir," sans savoir à quelle période il en est. Pouvez-vous dire que vous ne prescrivez pas ?

Quand B... vous dit que son enfant a de la diarrhée, de la douleur dans le ventre, et que vous lui donnez un médicament patenté, est-ce que vous ne prescrivez pas ? Et, lorsque quelques jours plus tard, le père vient vous dire que son enfant est mort, n'en êtes-vous pas jusqu'à un certain point les auteurs ?

Les exemples fourmillent : nous pourrions en citer encore et encore.

Nous voulons simplement attirer l'attention du corps médical sur ce fait, que c'est ordinairement sous prétexte de délivrer des médicaments patentés que les pharmaciens entreprennent le traitement des maladies.

Nous suggérons à MM. les membres du comité chargé de reviser la loi médicale de définir d'une manière exacte le mot *prescrire*, afin que médecins et pharmaciens soient d'accord sur la différence qui existe entre prescrire et simplement délivrer un médicament.

Ensuite, peut-être serait-il urgent d'édicter une peine contre les pharmaciens qui prescrivent.

Nous croyons qu'une telle loi serait dans l'intérêt :

- 1o Des malades, en sauvegardant leur santé ;
- 2o Des pharmaciens, en les empêchant de commettre des bévues ;
- 3o Des médecins, en leur permettant de prendre les malades plus à point, sinon dès le début de leur maladie.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CANADA.

---

VINGT-QUATRIÈME RÉUNION ANNUELLE.

La vingt-quatrième réunion annuelle de l'Association Médicale du Canada, aura lieu à Montréal, mercredi, jeudi et vendredi, le 16, le 17 et le 18 Septembre 1891.

Les membres qui désirent donner lecture de travaux, ou présenter

des cas voudront bien en informer le Secrétaire le plutôt possible et lui donner le titre du travail ou la nature du cas qu'ils veulent présenter.

La Société a conclu des marchés avec les différentes compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur de sorte que les membres pourront se procurer des billets à des taux considérablement réduits.

H. S. Birkett, secrétaire

123 rue Stanley, Montréal.

### **Naissances**

A Montréal, 268 rue Beaudry, le 3 juillet 1891 l'épouse de M. le Docteur L. J. Barolet, a donné naissance à un fils, Louis-Joseph Hector.

A St Siméon de Bagot, le 20 juillet 1891, l'épouse du Dr O. Berthiaume, un fils.

### **Décès**

Au Sault au-Récollet, le 20 juillet 1891, à l'âge de 5 mois, est décédé Edouard-Henri-Séraphin, enfant du Dr S. Boucher, de Montréal.

## **VARIÉTÉS.**

### **Les médecins chrétiens. (a)**

“ Plus les sciences se rapportent à l'homme, écrivait Joseph de Maistre, moins elles peuvent se passer de religion. Lisez, si vous voulez, les médecins irrégiliens, comme savants ou comme écrivains, s'ils ont le mérite du style ; mais ne les appelez jamais auprès de votre lit (1).”

En attendant que l'illustre publiciste traduise tout à l'heure sa pensée en une formule singulièrement énergique, relevons cette note qu'il tirait lui-même d'un article inséré—il y a juste un siècle—dans l'éloge posthume du docteur anglais Cheyne :

“ Il faut le dire, à la gloire des professeurs en médecine, les plus grands inventeurs dans cette science et les praticiens les plus célèbres ne furent pas moins renommés par leur piété que par l'étendue de leurs connaissances ; et, véritablement, on ne doit point s'étonner que des hommes appelés, par leur profession, à scouter les secrets les plus cachés de la nature soient les hommes les plus pénétrés de la sagesse et de la bonté des on auteur (2).”

(a) M. le Recorder de Montigny a bien voulu nous communiquer ce travail, qui est tiré du “*Messenger du Sacré-Cœur.*”

(1) *Soirées de Saint-Petersbourg* (10<sup>e</sup> entretien).

(2) *Magasin européen*, 20<sup>e</sup> volume (1791), p. 356.

Mais en parlant ici du médecin chrétien, nous entendons prendre ce mot dans toute l'acception du terme, car nous sommes de ceux qui estiment qu'à la hauteur sereine où la foi et la charité chrétienne élèvent le médecin, "sa profession n'est plus un métier qu'il exerce, mais une mission qu'il remplit."

Qu'avons-nous à redouter des uns ? Que pouvons-nous espérer des autres ? Que devons-nous faire dans l'intérêt de tous ? Essayons de le dire.

## I

"Je déclare, affirme Joseph de Maistre, préférer infiniment, au médecin impie, le meurtrier des grands chemins, contre lequel au moins il est permis de se défendre et qui ne laisse pas, d'ailleurs, d'être pendu de temps en temps (1)."

Pour traiter de boutade ou d'exagération cette parole du célèbre écrivain, il faudrait avoir oublié ce que nous disons naguère, ici même, de ces malfaiteurs insignes, "plus coupables cent fois que les assassins vulgaires," qui se servent des lettres, de la science et de l'art pour empoisonner les âmes et les peuples. Or, nous pourrions nommer tel spécialiste de valeur qui ne craint pas de reconnaître que, "dans cette conjuration antisociale, la médecine contemporaine a eu le triste privilège de briller au premier rang."

"Notre temps, ajoute un autre bon juge, a vu et voit encore ce douloureux et humiliant spectacle de nombreux médecins qui nient obstinément DIEU et l'âme, et se glorifient d'être des bêtes (2)."

Dès là, en effet, que certain chef d'école déclare qu'il ne répugne pas "d'admettre que la matière, telle qu'elle est arrangée, combinée dans les êtres vivants, jouit de la propriété de produire les actes que nous nommons vie, sans qu'il soit nécessaire de supposer un autre agent dans le corps," on n'a plus de peine à croire que cette école autorise, dans la thérapeutique, les expérimentations les plus audacieuses et quelquefois les plus coupables. Au fait, si l'homme n'est qu'un animal, les médecins matérialistes, lorsqu'ils veulent être logiques, sont fatalement entraînés à traiter leurs malades comme ils traiteraient de purs animaux : *Faciamus experimentum in anima nili*.

Et voilà les hommes que l'auteur des *Soirées* n'hésite pas à dénoncer comme les pires d'entre les meurtriers de tout pays.

Nous disons, *lorsqu'ils veulent être logiques*; car un très grand nombre de médecins, grâce à DIEU, ne sont pas logiques. Que de fois la

(1) *Soirées* (1er entretien, 10e note).

(2) *Le médecin devant la conscience*, par le docteur Surbled, p. 11.

bonté et l'honnêteté naturelles du cœur ne les forcent-elles pas de contredire, dans la pratique, mainte abominable doctrine malheureusement puisée par eux, dès les années de l'adolescence, dans un enseignement pervers qu'on appelle, avec raison, "une honte pour les Facultés officielles, un danger pour la jeunesse des écoles, un scandale pour la société catholique !"

Signalons pourtant, avant tout, un mal aussi étendu que profond, qui devient comme nécessairement le fait du médecin impie, même quand sa réserve native lui sert de frein. Ce mal, c'est la propagation trop efficace de sa propre impiété.

Sans doute, à l'envisager comme doctrine, le matérialisme est d'une faiblesse à ne pas tenir debout, tant cette doctrine implique de contradiction et semble tissée d'absurdités palpables. Il faut néanmoins convenir que le péril d'un enseignement matérialiste est beaucoup plus grand et plus inévitable, quand il s'agit des sciences médicales, que dans toute autre partie de l'enseignement supérieur.

La raison qu'en donne un philosophe estimable, M. de Margerie, est que ces sciences ont toujours pour objet *direct* le corps et les phénomènes physiologiques, jamais l'âme et les faits de l'ordre moral. "Or, c'est l'infirmité naturelle de l'esprit humain de perdre de vue les choses situées en dehors de l'objet direct, habituel, officiel, de ses préoccupations et de ses études, puis de les oublier, puis de perdre toute aptitude à les saisir, puis enfin d'en nier l'existence." On constate, en effet, ce pli particulier chez le géomètre qui n'est que géomètre, chez le métaphysicien qui n'est que métaphysicien, chez l'homme d'affaires qui n'est qu'homme d'affaires. "Pareillement, et suivant cette loi, l'esprit de l'étudiant en médecine est exposé au péril du pli matérialiste. C'est sa tentation particulière et professionnelle (1)."

Que sera-ce, lorsque l'étudiant se trouvera aux prises avec les prétentieuses formules du médecin impie, ses faux oracles, "ses blasphèmes contre tout ce qu'il ignore (2)," et cette contagion de l'exemple du maître qui a toujours tant d'empire sur les caractères indécis et les esprits mal préparés ! De là, dans l'ordre doctrinal, une influence des plus funestes s'exerçant de toutes parts au détriment des multitudes, incapables de se protéger contre l'action antisociale du matérialisme médical.

Et que dire du mal incalculable que peut faire, relativement à la "sainteté des mœurs chrétiennes," un médecin sans foi et, par suite, sans garantie sérieuse de moralité ! Non, "l'honneur professionnel"

(1) *L'Association catholique*, 15 mai 1878, p. 642.

(2) *Quæcumque quidem ignorant, blasphemant* (Jud. 10).

ne suffira pas à le défendre, en bien des circonstances délicates, alors qu'il est sollicité de mettre son autorité complaisante au service des passions, par cela seul qu'on cherche trop souvent à obtenir de lui l'excuse, sinon la légitimation de ces mille désordres que le monde appelle "faiblesses."

Ah ! si les lèvres que ferme le triple sceau d'un inviolable secret pouvaient laisser entendre de quels rivages intimes, au point vue spécial des mœurs, se rendent coupables ces hommes, d'apparence correcte, mais sans religion ni scrupules, auxquels nous avons vu Maistre réduit à préférer "le meurtrier des grands chemins !"

Qu'il nous soit du moins permis d'invoquer un témoignage, fort explicite dans sa discrétion même, et qu'en pareille matière on ne recusera pas. Il émane d'un praticien qui dit ce qu'il sait, et dont toute l'ambition serait de voir la science et l'art s'affranchir des périls d'un système néfaste, et la médecine de notre temps faire retour à ses traditionnelles croyances.

"La vie et l'honneur des hommes, écrit-il, sont entre nos mains ; le sort des générations, l'avenir du pays dépendent de nous. Qui protège ces intérêts, qui leur assure une sauvegarde certaine?... Notre conscience seule, ô médecins, est préposée à leur garde... Mais que pèse la conscience, quand en face d'elle la passion parle et agit ? Les prescriptions de la conscience livrée à elle-même n'ont aucune sanction et ne sont pas suivies. L'homme qui veut jouir agit toujours en dépit d'elle..."

"Seule, la foi, par son admirable enseignement, par ses sacrements, couvre d'une protection efficace la voix de la conscience. On pourra tenter encore, tenter toujours d'édifier une morale indépendante ; on n'assurera jamais une conscience droite et obéie en dehors de la foi. La conscience est religieuse, ou elle n'est pas..."

"On prétendra, sans doute, que la dignité de la profession, le respect des clients nous obligent seuls à la vertu. Pauvres barrières, que rien ne soutient et que le moindre vent renverse ! La passion ne raisonne pas, n'attend pas ; et, sans le frein salutaire de la foi, nous serions chaque jour coupables. Nous ne sommes forts qu'avec DIEU (1)."

Nous abrégeons à regret ces pages lumineuses. Et cependant, que n'aurions-nous pas à dire encore, s'il était besoin d'insister sur l'immense malheur dont sont journellement victimes de pauvres malades, inconscients de la gravité de leur état, et jetés ainsi à l'improviste, par la faute d'un médecin sans religion, au pied du tribunal de ce grand

(1) *Le médecin devant la conscience*, p. 64 seqq.



DIEU " de qui relèvent tous les instants de l'existence humaine (1)."

Le payen Celse estimait qu'à dose égale de science, le médecin " ami " nous est plus utile qu'un médecin " étranger (2)." Et nous confierions, de préférence, nos intérêts les plus chers à des médecins *ennemis* ? Car c'est être ennemi que d'exposer, de gaieté de cœur, un si grand nombre d'âmes à la perdition éternelle, par le simple fait de n'avertir pas à temps du danger. Le droit naturel en ferait une obligation de conscience, alors même que les décrets formels de la sainte Eglise n'y auraient pas pourvu, sous les peines les plus graves (3).

(1) *Deus, cujus nutibus vita nostra momenta decurrunt* (*Secrète de la Messe pro infirmis.*)

(2) *Quum par scientia sit, utiliorem tamen medicum esse amicum quam extraneum* (Cels. *De re medica*, I, I, Præfat).

(3) Cf. Décrétale d'Innocent III, confirmée par d'autres Pontifes et le concile général de Latran (1245). Voir surtout le *Motu proprio* de saint Pie V : *Supre gregem* (1566).

(La fin à la prochaine livraison.)

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

PUBLICATIONS DE LA MAISON MARCEL MÉRSTRASZ, LIÈGE, BELGIQUE.

**PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**, manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr Ls Hirt, traduit de l'allemand par le Dr M. Jeanne. 179 figures dans le texte. Liège, 1891.

**VADE-MECUM D'OBSTÉTRIQUE**, par le Dr A. Duhrsen ; traduit par le Dr Chs Van Aubel. Liège, 1891.

Dans notre prochaine livraison, nous donnerons un compte-rendu de ces deux ouvrages éminemment pratiques.

**COURS DE CHIMIE BIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE**, par le Dr G. Bunge, traduit par le Dr A. Jaquet. Paris, Georges Carré, éditeur, 1891.

**APPLICATION DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE AUX ACCOUCHEMENTS**, par le Dr Just. Lucas, Championnière. Paris, A. Cocoz, 1891.

**LES HÉMORRHAGIES DANS LES CAS DE TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS**, par le Dr Jules Batuand. Paris, G. Steinheil, 1891.