

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la Grossesse Extra-Utérine

Basée sur 14 observations personnelles.

Québec, cette ville incomparable qui s'enorgueillit, à juste titre, d'avoir été le berceau de tant de choses intéressantes, peut aussi se flatter d'avoir été témoin du premier cas de grossesse extra-utérine observé au Canada. Vous en trouverez la relation dans ce volume que j'offre à l'admiration des bibliophiles et qui, malgré son antiquité, n'en est pas moins une primeur : c'est le premier journal de Médecine qui ait paru au Canada. Il fut rédigé et publié à Québec par Xavier Tessier, en 1828.

A la page 213, le docteur François Blanchet rapporte le cas suivant :

“ Dans le mois de novembre dernier, je fus appelé au milieu de la nuit, auprès d'une jeune femme. A mon arrivée elle venait d'expirer. J'appris alors de ses amis qu'elle avait été à l'église dans l'après-midi et qu'elle avait ressenti tout à coup de grandes douleurs dans l'abdomen, qui l'obligèrent à revenir chez elle aussitôt. Les douleurs ne firent qu'augmenter jusqu'au moment où elle expira, sans qu'il fut possible à ceux qui l'environnaient d'en reconnaître la cause. Je me hâtai d'en faire l'examen, le lendemain matin, conjointement avec mon neveu, le docteur J. Blanchet. La cavité du bassin était remplie de sang, ce qui ne nous permettait pas de douter que la femme ne fût morte d'une hémorragie interne provenant de la rupture de vaisseaux considérables que nous nous efforçames de découvrir. En effet, nous aperçumes un fœtus, d'environ trois mois, libre dans la cavité du bassin et flottant dans le sang. En examinant plus attentivement, nous découvrîmes que la trompe de Fallope du côté droit

était divisée sur sa longueur et considérablement dilatée à l'endroit où le fœtus paraissait avoir surnagé et s'être développé jusqu'au moment où la rupture de la trompe lui eût permis de s'échapper dans la cavité du bassin. On apercevait aussi, distinctement, la forme d'un placenta qui était implanté dans l'endroit le plus dilaté de la trompe, ainsi que les enveloppes, et c'est sans doute à leur rupture que l'on doit rapporter l'hémorragie fatale qui a mis fin à l'existence de la malade."

Cette relation si fidèle, que l'on croirait écrite d'hier, est un exemple remarquable de la manière dont se passaient autrefois les choses dans la grossesse extra-utérine accompagnée d'hémorragie foudroyante : douleurs subites, syncope terminée par la mort. Si l'autopsie n'avait pas été pratiquée, on n'aurait sans doute pas manqué de dire que la malade avait succombé à une maladie du cœur.

C'est ainsi que se passent encore les choses aujourd'hui, car, comme autrefois, il existe et il existera toujours des ovules capricieux qui, pour faire fausse route, n'attendent ni la naissance, ni l'influence pernicieuse de leur contact avec un monde corrompu. Seulement, le chirurgien instruit par l'expérience, dépiste aujourd'hui facilement, à la lumière des symptômes parfaitement définis, l'existence et la nature de conditions pathologiques autrefois méconnues. Mais si, généralement, on confie au spécialiste le soin de diriger le traitement chirurgical, d'un autre côté c'est le médecin de famille qui observe la maladie à son début. Il importe donc que ce dernier soit en demeure de reconnaître les accidents au moment opportun afin de pratiquer ou de réclamer une intervention précoce et efficace.

Il est trois maladies auxquelles ces remarques s'appliquent d'une manière toute particulière : l'appendicite, le cancer de la matrice et la grossesse extra-utérine. Combien de malades sont morts, qui auraient pu être sauvés, si le médecin, aux prises avec un cas d'appendicite, cette prétendue inflammation d'intestins, n'avait pas attendu pour établir son diagnostic, que le pus crève la peau et les yeux ! Combien de prétendus ulcères ont été douchés, tamponés et cautérisés sans résultat jusqu'au moment où le médecin désespéré jugeait, mais trop tard, qu'il fallait recourir aux lumières d'un spécialiste expérimenté !

Il en est ainsi de la grossesse extra-utérine ; reconnue de bonne heure et dès les premiers symptômes, cette complication se terminera presque toujours favorablement, si on lui oppose une intervention opportune et éclairée. Je vous demande donc, pour le bénéfice de ceux qui n'ont pas

fait de cette question l'objet d'études spéciales, la permission de décrire brièvement les signes au moyen desquels on peut reconnaître l'existence de la grossesse ectopique.

L'histoire la plus commune est la suivante : Une femme n'a jamais eu d'enfant ou, pendant quelques années, elle est demeurée stérile, accusant le plus souvent des désordres du côté de l'appareil génital. Ordinairement menstruée d'une manière régulière, elle saute une époque. Une, deux, trois semaines après la date où elle aurait dû avoir ses règles, elle est prise brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen. Cet accident survient dans la rue et, chose étrange, très fréquemment à l'église, ou bien au moment où elle fait un effort quelconque. Cette douleur porte au cœur, suivant l'expression usitée par les malades. Elle éprouve une tendance à la syncope ; elle se met au lit, les douleurs s'apaisent. Au même moment un écoulement vaginal apparaît ; on croit que c'est le retour de ses règles ou la menace, d'un avortement, opinion souvent partagée par le médecin, que l'on ne manque pas de faire appeler. Cependant les mêmes phénomènes reparaisent, les douleurs reviennent les jours suivants d'une manière intermittente ; du sang noirâtre s'écoule par le vagin. C'est le temps d'être sur vos gardes, car vous êtes exposés à être mandés d'urgence pendant la nuit et vous trouverez la malade exsangue avec pouls filiforme et peut-être sans connaissance : elle avait une grossesse extra-utérine qui vient de se rompre et elle va mourir d'hémorragie interne si la laparatomie n'est pas immédiatement pratiquée, le vaisseau qui donne saisi et ligaturé.

Si, d'un autre côté, il n'existe pas d'hémorragie interne, les accidents ne présenteront plus la même gravité : mais en prenant l'histoire du cas, outre l'aménorrhée, la douleur, l'écoulement vaginal, la tendance à la syncope, on apprendra que la malade avait offert d'autres signes de grossesse, tels que nausées, vomissements, douleur et gonflement des seins ; qu'elle a peut-être aussi, à un moment donné, rejeté par le vagin une membrane caduque. L'examen vaginal fera reconnaître une légère augmentation du volume de l'utérus ainsi que la présence, dans un des culs-de-sac, d'une tumeur plus ou moins volumineuse d'une exquise sensibilité.

Ces signes de la grossesse extra utérine n'ont pas tous la même valeur ni la même fréquence. Ainsi, sur quatorze cas, j'ai constaté le retard de la menstruation, onze fois ; d'autres signes de grossesse, quatre fois ; tendance à la syncope, dix fois ; écoulement vaginal sanguinolent, onze fois ; rejet d'une caduque, trois fois ; stérilité antérieure, sept fois ; antécédents pathologiques du côté de l'appareil génital, douze fois ; tumeur dans le

cul-de-sac postérieur, douze fois ; de la douleur, toujours. Cette douleur, située dans la partie inférieure de l'abdomen, souvent d'un seul côté, est remarquable par son intensité, sa marche intermittente et paroxystique. Presque toujours pour la soulager, il est nécessaire de recourir aux injections hypodermiques de morphine.

L'écoulement vaginal est un des symptômes les plus caractéristiques. Peu abondant, constitué par du sang noirâtre, il est persistant ou disparaît pendant quelques jours pour revenir surtout au moment de la réapparition de la douleur. Mais le signe le plus important, à mon avis, et qui — dans la majorité des cas — permet de dissiper tous les doutes, est la présence — dans un des culs-de-sac du vagin — d'une masse sensible à la pression et généralement séparée de l'utérus par un sillon plus ou moins perceptible.

Quant à la tendance à la syncope accompagnée de douleurs, on trouve écrit un peu partout qu'elle reconnaît toujours pour cause l'hémorragie produite par la rupture de la trompe dont elle serait un signe infaillible. On soutient même en certains lieux, que le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant rupture est impossible, vu l'absence de ces symptômes. Je m'inscris en faux contre cette assertion qui est absolument erronée. La tendance à la syncope est le plus souvent contemporaine de l'accès douloureux. Elle n'est que la réponse du grand sympathique à l'injure produite par les phénomènes pathologiques qui se passent dans la sphère génitale. En outre, la crise douloureuse, le sentiment de défaillance qui l'accompagne souvent, peuvent parfaitement exister avant la rupture du sac fœtal ; et en dehors des cas chez lesquels on constate les signes indiscutables d'une hémorragie interne abondante, je ne connais aucun symptôme qui puisse nous permettre d'assurer qu'il y a eu rupture. Quatre fois, sur les quatorze cas que j'ai observés, il m'a été très facile de diagnostiquer l'existence d'une grossesse extra-utérine et cependant il n'y avait pas eu rupture. Je vous demande la permission de citer ces observations qui, du reste, ne sont pas dépourvues d'un certain intérêt.

Obs. I. Le 6 février je fus appelé pour voir en consultation Mlle C..... âgée de trente-deux ans. Elle a eu un enfant il y a huit ans et depuis a toujours joui d'une bonne santé ; pas d'avortement, menstruations régulières, dernières règles le 15 novembre, c'est à dire trois mois auparavant. Le 15 décembre, les règles font défaut. Le 25, jour de Noël, elle se lève en parfaite santé. A une heure de l'après-midi, elle est subitement prise de

vives douleurs dans l'abdomen, accompagnées de nausées. Elle applique des fomentations chaudes et tout paraît rentrer dans l'ordre. Huit jours après le début de ces accidents, apparaît un écoulement vaginal de sang noirâtre qui a toujours persisté avec plus ou moins d'abondance, bientôt suivi par des douleurs abdominales presque constantes, augmentant parfois d'intensité et généralement plus vives du côté droit. Nausées fréquentes et défécation tellement douloureuse que les lavements sont devenus absolument insupportables.

A l'examen, l'utérus, augmenté de volume, paraît légèrement en anteflexion. Tout le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse extrêmement douloureuse à la pression, s'étendant du côté droit et dont la limite supérieure est perçue, par l'examen bi-manuel, une largeur de doigt au-dessus du pubis.

Elle entre à mon hôpital privé et est opérée le 9. L'abdomen ouvert j'aperçois aussitôt, à la partie supérieure et postérieure de l'utérus un petit fibrome de la grosseur d'une prune. La malade est mise dans la position déclive. Je trouve en bas l'origine des annexes des deux côtés, mais tout est soudé au fond du Douglas. Le segment inférieur de l'utérus est adhérent au plancher du bassin, le fond déjeté en avant, vers le pubis, par le promontoire du sacrum ; le reste de l'organe, à partir de l'os interne jusqu'au col, est enfoui dans des adhérences qui le fixent dans le fond du cul-de-sac retro-utérin. En suivant le côté droit de l'utérus, je sens une large masse rénitente au fond du bassin, de couleur bleuâtre et ressemblant assez au gros intestin distendu ; elle est appliquée sur le côté de l'utérus auquel elle est intimement adhérente. Cette masse est constituée par la trompe repliée sur elle-même, énorme, tendue, fluctuante, offrant deux pouces de diamètre et à peu près six pouces de longueur, augmentant de volume vers son extrémité externe, qui est fixée par de fortes adhérences au péritoine pelvien ainsi qu'aux anses intestinales. Je me mets immédiatement en frais de séparer ces adhérences, manœuvre délicate à cause de l'intestin. Je trouve enfin sous la tumeur un plan de clivage et insinuant mes doigts de plus en plus, je réussis à saisir toute la trompe de la grosseur de mon poignet. L'ovaire, apparemment normal, était situé à la partie inférieure. Les franges du pavillon avaient entièrement disparu, la trompe entière ressemblant à une crosse de pistolet.

A gauche aussi, la trompe est distendue, mais à un moindre degré que celle du côté opposé ; elle se termine également en cul-de-sac. L'extrémité abdominale, fermée, est de la grosseur d'une petite pomme. Les

annexes furent enlevées des deux côtés. La trompe gauche contenait 15 à 20 grammes de sang noir, fluide, sans caillots. L'incision de la trompe droite, à son extrémité, découvre une masse grosse comme une orange et composée de caillots sanguins jaunâtres, à demi organisés. Après avoir enlevé ces caillots de l'intérieur de la trompe, j'ouvre une autre poche kystique d'où s'échappe un liquide transparent dans lequel flotte un petit embryon, long d'un centimètre, attaché aux parois du sac par un cordon rudimentaire. Il n'y avait pas de rupture de la trompe et, par conséquent, pas d'épanchement de sang dans la cavité péritonéale. L'hémorragie étant inter-kysto-placentaire, le sang s'était coagulé entre le sac fœtal proprement dit et les parois tubaires distendues.

Obs. II. Madame P..... vingt-trois ans, mariée depuis quatre ans, a eu deux enfants, le dernier il y a dix mois. Menstruée à douze ans, toujours régulière, mais dysménorrhée intense. A toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de son dernier accouchement qui paraît avoir été suivi d'accidents septiques. Les règles survenues normalement en juin font défaut en juillet. Le 18, à deux heures de l'après-midi, douleurs abdominales subites, faiblesse, pâleur, presque perte de connaissance. Les deux ou trois jours suivants, l'abdomen est douloureux, et la malade a dû garder le lit. Puis elle devient mieux. Le 25, c'est-à-dire cinq semaines après la dernière époque menstruelle, elle commence à perdre abondamment, sans douleur. Elle fait appeler un médecin qui lui administre de l'ergot. Les douleurs reparaissent aussitôt et elle perd connaissance. Le médecin mandé en toute hâte, la trouva très pâle et crut qu'elle allait mourir. Cependant elle prit du mieux, tout en continuant à perdre, les jours suivants. Je la vis en consultation quelques jours après. Apparemment en bonne santé, elle se plaint de faiblesse et de quelques douleurs abdominales plus vives du côté gauche.

Examen : Légère lacération du périnée ; utérus en antéflexion, mobile, peu sensible à la pression ; col granuleux ; annexes du côté droit normales. Dans le cul de-sac postérieur, masse de la grosseur d'un œuf de pigeon, très sensible au toucher. Sur le côté gauche on sent l'ovaire dur et légèrement augmenté de volume.

Laparotomie : la trompe gauche est libre dans le Douglas sans aucune adhérence, dilatée, de la grosseur d'une petite orange et non rompue.

Extirpation des annexes entre deux ligatures :

Examen de la pièce après l'opération. Un coup de ciseaux provoque l'issue de quelques caillots et la membrane amniotique apparaît intacte. Je l'ouvre ; elle est remplie d'un liquide transparent contenant un petit embryon de quatre à cinq semaines. Les annexes du côté droit étaient parfaitement normales et furent laissées dans l'abdomen.

Cette malade est retournée chez elle avec un seul ovaire, mais elle s'en est largement servi puisqu'elle a fait successivement deux enfants qui se portent très bien. A ce sujet je vous demande la permission de faire une légère digression qui ne sera peut-être pas sans intérêt.

Vous connaissez sans doute la théorie émise, il y a quelques années, par le docteur Schenck, de Vienne, et qui consiste à soumettre la femme enceinte à un traitement déterminé pour obtenir un garçon ou une fille. Vous savez également que le système appliqué à la cour de Russie, où l'on désirait un prince, a abouti à la naissance d'une princesse. Cette question de la procréation des sexes a été reprise plus tard sous une apparence plus scientifique par un médecin grec, M. Nicolopoulos. Je vous fais grâce de la description de sa théorie subtile. Je vous dirai simplement que d'après ce grand helléniste, les deux ovaires fonctionneraient alternativement dans la confection des enfants, l'ovaire droit produisant toujours des mâles et l'ovaire gauche toujours des femelles. J'avais enlevé l'ovaire gauche dans le cas que je viens de citer ; je savais en outre que ma malade avait eu deux enfants depuis l'opération, deux mâles évidemment, selon les idées de M. Nicolopoulos. J'éprouvai le désir de vérifier l'exactitude de ces observations et je me rendis dans ce but au domicile de mon ancienne malade. Après les salutations d'usage, je la félicitai sur le bonheur qu'elle avait eu de donner successivement naissance à deux enfants depuis notre dernière entrevue :

— Deux petits garçons, évidemment, n'est-ce pas ?

— Non, Monsieur, deux filles !

Enfoncé M. Nicolopoulos ! à moins que l'ovaire droit de ma petite femme ne fut gaucher de naissance.....

*
*
*

L'observation que je vais maintenant vous citer est intéressante à plusieurs titres. D'abord, c'est un nouvel exemple de grossesse extra-utérine diagnostiquée avant rupture ; en second lieu le sac fœtal siégeait dans la

corne même de l'utérus, constituant ce qu'on est convenu d'appeler grossesse interstitielle. Enfin, douze mois après la première opération, j'ai dû intervenir de nouveau, chez la même femme, pour une grossesse ectopique, diagnostiquée aussi avant rupture et développée dans la trompe du côté opposé.

OBS. III. Madame R..... vingt-et-un ans, mariée depuis trois ans, a eu un enfant deux ans auparavant. Régulée en septembre, pas de règles en octobre. Six semaines après la dernière période menstruelle, est subitement prise de douleurs abdominales aiguës, lancinantes, accompagnées de tenesme et suivies de l'expulsion d'une membrane ayant toute l'apparence d'une caduque. Le médecin appelé auprès d'elle a dû avoir recours aux injections hypodermiques pour calmer la douleur. Le lendemain et les jours suivants, retour de la douleur à intervalles paroxystiques et accompagnée d'écoulement sanguin par le vagin.

Examen : col déchiré : le fond de l'utérus déjeté à droite par une petite masse dure, douloureuse et siégeant au niveau de la corne gauche.

Opération ; curetage, Schræder et laparatomie

Les annexes du côté droit sont absolument normales ; l'utérus est légèrement tourné sur son axe vertical et, un peu à gauche de la ligne médiane, on aperçoit une tumeur de la grosseur d'une grosse prune, bleuâtre et développée dans le tissu de l'utérus lui-même au niveau de la corne gauche, à l'origine de la trompe qui, jusqu'à son pavillon, paraît, du reste, absolument normale.

Les annexes de ce côté sont enlevées d'abord entre deux ligatures : une pince est appliquée à la base de la tumeur et pendant cette manœuvre le sac fœtal se rompt ; une petite quantité de liquide amniotique s'échappe entraînant un petit embryon de la grosseur d'un pois, qui se dissout immédiatement comme une tache de matière purulente. Le sac est enlevé et la solution de continuité dans l'utérus cousue avec des fils de catgut superposés.

Cette malade, retournée chez elle, a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au 8 octobre de l'année suivante, époque à laquelle elle eut ses règles normalement. Entre cette époque et celle de novembre elle éprouva fréquemment de légères douleurs dans la région ovarienne droite. Le 8 novembre, la menstruation apparut précédée, accompagnée et suivie de douleurs intenses. Le médecin fut appelé et constata une sensibilité considérable dans la région iliaque droite et crut un moment à attaque d'appendicite, mais il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni constipation, n

fièvre. Un traitement approprié fut prescrit, les douleurs disparurent et au bout de deux jours la malade quitta son lit, mais elle continua à perdre du sang par le vagin. Quelques jours après, les douleurs reparurent, aiguës, intenses; la malade croyait à tout moment qu'elle allait perdre connaissance. On fit quelques piqûres de morphine qui procurèrent un soulagement temporaire.

Je fus appelé pour la voir en consultation le 12 novembre. Je la trouvai au lit, se plaignant de mictions douloureuses et fréquentes, ainsi que d'une vive douleur dans le côté droit de l'abdomen; pas de constipation, pas de météorisme, ni nausées, ni vomissements: température normale. La palpation de la région iliaque droite est extrêmement douloureuse. A l'examen vaginal il est impossible de rien découvrir dans les culs-de-sac, la douleur provoquée par la pression sur le col et principalement dans le cul-de-sac droit est tellement grande que l'exploration bi-manuelle est presque impossible. La malade fut amenée à l'hôpital St Luc où je l'opérai le lendemain.

Cœliotomie: A l'ouverture du péritoine, deux ou trois onces de sang noirâtre, fluide, s'écoulèrent de l'abdomen. J'aperçois une masse libre d'adhérences au niveau des annexes du côté droit. Je l'amène en dehors de l'incision et je constate que la trompe droite est distendue vers son milieu par une tumeur bleuâtre, fluctuante, de la grosseur d'une petite pomme. Du sang noirâtre suinte par l'extrémité abdominale de la trompe; le Douglas est presque rempli par des caillots sanguins, demi fluides. La trompe *non rupturée* fut enlevée et examinée; elle contenait un large caillot sanguin, très mou et facilement énuclée de la surface interne. Pas de trace d'embryon qui a dû être entraîné à travers l'ostium abdominal.

Ainsi quatre fois sur quatorze il m'a été permis de poser le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant rupture, ce qui me permet, il me semble, d'en déduire les conclusions suivantes.

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de la grossesse extra-utérine en l'absence de douleurs, symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur quelle que soit son intensité, ne signifie nullement que la grossesse est rupturée, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo-ovarien étant soumise à des susceptibilités individuelles

que je ne tenterai pas d'expliquer mais qui sont réelles et d'observation journalière.

Quant à la récidive de la grossesse extra-utérine, permettez-moi d'ajouter à l'observation que je viens de citer les deux cas suivants qui sont absolument remarquables :

Obs. IV. Madame T. B..... trente-trois ans, mariée depuis onze ans, a eu un enfant il y a dix ans ; pas d'avortement ; a toujours joui d'une excellente santé ; régulièrement menstruée sans douleurs jusqu'à il y a deux ans, alors que les règles furent supprimées pendant quatre mois. Elle n'éprouvait aucun signe de grossesse, disait elle, mais souffrait de douleurs vives dans l'abdomen, accompagnées de leucorrhée et de pesanteur dans le vagin. A cette époque elle consulta plusieurs médecins qui différèrent d'opinion. Quelques-uns déclarèrent qu'elle était enceinte. L'un d'eux crut, en outre, avoir remarqué à gauche une tumeur dans le cul-de-sac vaginal. Au bout de quatre mois, sans aucun symptôme d'avortement, les règles reparurent et tout parut rentrer spontanément dans l'ordre. Cependant elle continua d'éprouver dans la région ovarienne gauche une douleur qui, quoique légère, n'a jamais disparu entièrement. Deux ans après, les règles qui étaient toujours survenues régulièrement depuis sa dernière maladie firent défaut en septembre. Vers le milieu d'octobre elle ressentit de vives douleurs abdominales qui persistèrent jusqu'au commencement de novembre, alors qu'elles devinrent si vives, surtout dans le côté droit, que la malade dût se mettre au lit. On eut recours aux piqûres de morphine, mais comme les symptômes ne subirent qu'une amélioration passagère, elle entra à l'hôpital le 10 novembre, c'est-à-dire trois mois après la dernière époque menstruelle.

Examen : col mou, aplati derrière le pubis ; on sent le fond de l'utérus à la partie inférieure de l'abdomen un peu au-dessus de la symphyse et dirigé vers le côté gauche de la ligne médiane : le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse rénitente occupant tout le côté droit du bassin et séparée de l'utérus par un sillon profond. Dans la région iliaque gauche on perçoit nettement une petite tumeur irrégulière située entre l'os des îles et la ligne médiane. Cette tumeur, dure, superficielle, ne paraît avoir aucun rapport avec l'ovaire du même côté.

En présence des symptômes offerts par la malade, je crus bien à l'existence d'une grossesse utérine du côté droit, mais deux ans auparavant elle avait présenté les mêmes symptômes, v. g. : suppression de la

menstruation, vives douleurs abdominales, tumeur fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, et cependant elle était devenue mieux spontanément et s'était toujours bien portée depuis.

Je pratiquai la laparatomie le 13 novembre ; incision de l'ombilic au pubis. Aussitôt que la cavité péritonéale est ouverte, un petit lithopédion d'à peu près deux pouces de longueur apparaît libre dans la cavité abdominale mais adhérent aux intestins. Je le sépare aisément de ces adhérences et l'enlève. C'est un petit fœtus de huit à dix semaines, parfaitement formé ; ses petites jambes adhèrent au péritoine pariétal ; sa tête est fléchie et intimement adhérente au thorax. Dans la trompe gauche je trouve une masse jaunâtre à laquelle le lithopédion paraît avoir été attaché par son pôle postérieur. C'était évidemment le produit de la grossesse extra-utérine qui avait eu lieu deux ans auparavant.

Après avoir séparé quelques anses intestinales qui adhéraient à la surface postérieure de l'utérus, je trouvai du côté droit une autre large masse plongeant jusqu'au fond du Douglass et recouverte par le ligament large dont le feuillet postérieur était intimement adhérent au plancher du bassin. Je séparai les adhérences, après avoir trouvé une ligne de clivage. L'appendice soudé à la masse par son extrémité libre était le siège d'un ulcère situé vers le milieu ; je l'enlevai. La tumeur recouverte par le feuillet postérieur du ligament large apparaissait tendue, faisant saillie dans la cavité du bassin. Je la crevai avec le doigt et provoquai l'irruption d'une grande quantité de caillots sanguins, noirâtres qui furent soigneusement enlevés. En plongeant la main un peu plus profondément, je sentis une autre tumeur fluctuante, le sac fœtal, que je crevai également ; du liquide amniotique s'échappa et je pus extraire un fœtus parfaitement conformé, long de quatre pouces, paraissant très frais et évidemment vivant. Un petit cordon était attaché à l'ombilic conduisant la masse placentaire, que je réussis à détacher sans trop d'hémorragie. J'avais évidemment affaire à un cas de grossesse extra-utérine, développée et rompue entre les feuillets du ligament large, l'œuf continuant à croître au-dessus de la voute vaginale, dans une situation par conséquent extra-péritonéale.

Cette observation d'une grossesse extra-utérine double, avec un lithopédion provenant d'une grossesse ectopique antérieure, rupturée vers la huitième semaine, constitue un cas excessivement rare. Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un seul cas analogue cité par le docteur J. H. Fergusson, dans le numéro de février 1899, du "*Edimburg Medical Journal*."

Voici maintenant l'observation d'un troisième exemple de récurrence de grossesse ectopique, survenue à cinq ans d'intervalle.

Obs. V. Le 4 avril 1895, je fus consulté par Madame O'C..... âgée de vingt-six ans, mariée depuis huit mois. Menstruée régulièrement et devenue enceinte immédiatement après son mariage, elle fit un avortement dont les suites furent absolument normales. Menstruée en janvier et février, elle eut un retard le mois suivant. Le 17 mars, pendant la nuit, elle fut prise subitement de vives douleurs abdominales, accompagnées de nausées et de vomissements; un écoulement vaginal sanguin apparut mêlé de caillots, sans rejet de membrane caduque. Elle continua à perdre et dû t garder le lit. Deux fois elle éprouva une grande tendance à la syncope. L'écoulement vaginal persista ainsi que les douleurs qui revinrent à intervalles irréguliers, siégeant dans le côté gauche et accompagnées de pollakiurie. A l'examen vaginal, je trouvai l'utérus dans une position verticale, refoulé vers le pubis, un peu à droite de la ligne médiane, par une large masse occupant tout le cul-de-sac postérieur, excessivement sensible à la pression. Le col est entr'ouvert, et après examen, le doigt revient couvert de mucus et de sang.

La malade fut conduite à mon hôpital privé, où je pratiquai une colpotomie postérieure. Une large tumeur kystique apparut, rouge, tendue et fluctuante. J'en fis l'ouverture et en extrayai une grande quantité de caillots sanguins, jaunes noirâtres. L'enveloppe de la tumeur était attachée tout autour aux parois du bassin par des adhérences molles que je rompis facilement et la poche entière fut extirpée. Il me fut impossible de constater l'état des annexes qui n'apparurent à aucun moment dans le champ opératoire, mais les symptômes cliniques me firent croire à l'existence d'un avortement tubaire dans la trompe gauche et aboutissant à la formation d'un large hématocele.

Dans le mois de février 1900, c'est-à-dire cinq ans plus tard, je revis cette malade. Réglée tous les mois pendant six ou sept jours modérément et sans douleurs, elle s'était comparativement bien portée depuis l'opération. L'automne précédent, toutefois, elle avait éprouvé un retard de six semaines; les règles revinrent ensuite mais irrégulièrement, n'apparaissant que toutes les six ou sept semaines. Le 15 janvier elle fut réglée pour la dernière fois. En février elle eut un retard de plusieurs jours, puis les règles reparurent et le 26 elle fut prise de violentes douleurs abdominales, accompagnées de vomissements et de syncopes. Je la vis le 27 et

la trouvai la figure pâle, le pouls rapide et en proie à de vives douleurs dans l'abdomen dont l'exploration fut difficile à cause de l'exquise sensibilité. A l'examen vaginal, je constatai la présence d'une tumeur semi-fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas et je fis conduire la malade à l'hôpital St-Luc où je pratiquai la laparatomie. Je trouvai l'épiploon adhérent à une large masse fluctuante située au fond du bassin du côté droit. En détachant l'épiploon, la poche se ruptura découvrant entre l'utérus et la masse intestinale une longue cavité d'où s'échappèrent de nombreux caillots sanguins qui furent soigneusement enlevés. L'hématocèle était borné en avant par la surface postérieure de l'utérus ; en arrière par les intestins. A droite l'appendice était adhérent à la partie postérieure de la tumeur ; à gauche, le sac fœtal rampait sous les annexes du côté opposé, qui apparurent augmentées de volume et contenant un kyste parovarien, de la grosseur d'une prune, auquel la trompe intacte adhérait intimement. La trompe droite était soudée à l'ovaire, rupturée, et tellement altérée qu'il me fut très difficile de reconnaître ses relations anatomiques.

* * *

La récurrence de la grossesse extra-utérine est plus fréquente qu'on ne serait porté à se l'imaginer. Ce fait rendu indiscutable aujourd'hui par le nombre d'observations citées dans ces dernières années nous conduit naturellement à rechercher quelles peuvent être les causes de cette erreur de lieu de l'œuf fécondé.

Quelle est la condition analogue qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes, se demande Kustner ?

Cette répétition des mêmes accidents serait elle due à une prédisposition congénitale ou acquise dont seraient affectées les deux trompes successivement atteintes, un arrêt de développement bi-latéral gênant la progression de l'œuf vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte, selon l'hypothèse de Freund ?

La deuxième grossesse tubaire ne pourrait elle pas être causée par les modifications entraînées par la première opération ? Ou bien enfin, ne serait-il pas possible qu'à la suite d'une grossesse utérine antérieure il ne se soit produit des altérations inflammatoires peri ou endo-salpingiennes, gênant la progression de l'œuf et rendant apte à l'ectopie un appareil qui

jusque là, lorsqu'il était sollicité de loger un œuf fécondé, le logeait en bon lieu ?

Les docteurs Varnier et Sens, dans un travail très consciencieux publié en mars 1901, dans les Annales de Gynécologie, se sont posé ces différents problèmes sans leur donner une solution satisfaisante.

Il est évident que le degré d'intégrité de la trompe qui devra devenir le siège de la récidive joue un rôle important dans cette question d'étiologie et l'hypothèse d'altération préalable des annexes comme cause prédisposante de grossesse ectopique est absolument séduisante. Des trois cas que je viens de citer, les deux derniers offrent ces conditions d'une manière indiscutable, mais dans l'autre, j'ai pu clairement constater, lors de la première opération, l'intégrité parfaite des annexes du côté opposé. Il est vrai qu'à cette affirmation Dührssen répondra que la trompe ultérieurement gravide peut paraître normale à l'examen macroscopique et offrir pourtant sous le champ du microscope les signes manifestes d'une salpingite catarrhale chronique. D'accord, je ne discute pas, mais je me crois autorisé à tirer de ces diverses opinions les conclusions suivantes :

Puisque la grossesse extra-utérine est toujours un accident sérieux pour la femme qui en est atteinte : puisque la récidive est reconnue comme relativement fréquente, puisqu'il est impossible de constater de " visu " l'intégrité de la trompe qui, apparemment saine, peut être néanmoins le siège d'une endo salpingite, condition reconnue favorable à la production de la grossesse ectopique, le chirurgien ne fera qu'obéir aux règles de la prudence, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, en enlevant en même temps les annexes du côté opposé : c'est un moyen radical et efficace de conjurer les dangers que peut réserver l'avenir : quand on ne peut délier le nœud gordien, on le coupe.

Il me semble entendre les récriminations que ces remarques ne manqueront pas de provoquer de la part des chirurgiens ultra conservateurs, mais je demanderai à ces derniers pourquoi ils veulent, en chirurgie, imiter ceux qui en d'autres lieux, se montrent, comme on dit vulgairement, plus catholiques que le Pape ? Je sais bien que nous pouvons nous trouver placés dans des circonstances exceptionnelles où les parties intéressées sont prêtes à courir tous les risques pour conserver l'espérance d'une progéniture possible ; nous serions alors coupables de ne pas nous rendre à leur légitime désir. — Mais dans le cas contraire — qui, vous l'avouerez, est celui qui se présente le plus souvent —, c'est faire preuve d'un zèle dont l'opportunité est certes bien discutable que d'exposer une pauvre femme à des dan-

gers qui peuvent lui coûter la vie, au nom d'une philosophie plus ou moins orthodoxe.

Puisqu'il est question d'orthodoxie et du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, me sera-t-il permis de vous demander dans quelle situation le chirurgien catholique se trouve placé vis-vis les enseignements de la théologie au moment où, armé du couteau, il va ouvrir le ventre de la mère, détacher délibérément et faire mourir le fœtus souvent vivant et dont l'âme est unie au corps dès le moment de la conception ?

Messieurs, dans un autre milieu, je n'oserais peut-être pas formuler cette question qui ne manquerait pas d'être accueillie par des haussements d'épaule et des sourires de pitié causés par la prétendue naïveté de mes scrupules extra-archaïques, mais malgré les merveilleuses découvertes qui, sur le seuil de ce vingtième siècle, semblent justifier la philosophie contemporaine de se permettre toutes les audaces, il existe peut-être un certain nombre d'arriérés qui, comme moi, ont conservé quelque respect pour les vieilles chansons qui pendant si longtemps ont bercé les misères de l'humanité, c'est à ceux-là que je m'adresse.

Vous connaissez tous à quelles interminables discussions a donné lieu de tout temps la question de savoir quelle conduite devait tenir le médecin catholique en présence d'un cas de dystocie où les jours de la mère étaient menacés par un enfant vivant, refusant absolument d'entrer dans cette vallée de larmes d'une manière ordinaire et naturelle. Faut-il demeurer inactif, faire la craniotomie ou l'opération césarienne ? Or, pour nous catholiques, il ne saurait y avoir d'ambiguïté, le Saint Office s'étant chargé en 1884, de fixer d'une manière péremptoire le devoir de l'accoucheur en pareille occurrence : " Arrangez-vous comme vous voudrez, mais si le fœtus est vivant, n'y touchez pas : le fœticide est défendu en toutes circonstances."

Cependant ces décrets sont antérieurs aux connaissances nouvelles réalisées par les progrès des sciences médicales et ne sauraient s'appliquer directement aux interventions chirurgicales réclamées par des conditions pathologiques aujourd'hui parfaitement définies mais que l'on ignorait autrefois. D'un autre côté, il est permis de croire que la règle prohibitive qui nous défend de détruire un fœtus vivant " in utero " s'applique également à l'embryon vivant, situé en dehors de l'utérus.

Presque tous les théologiens modernes sont muets sur cette question ainsi présentée sous un jour nouveau. Le docteur Lembkul, l'illustre

casuiste dont l'autorité est universellement reconnue, est le seul qui ait côtoyé le sujet. Il dit : Le fœtus cesse d'avoir droit à la vie intra-utérine, non seulement quand il amène un danger pressant de mort à la mère, mais aussi quand il devient évident qu'il lui sera fatal et cela avant sa maturité, d'où il est licite de procéder à son expulsion."

Or, s'il est vrai que dans le développement extra-utérin le fœtus peut être dès les premiers mois non viable, conséquemment un danger fatal pour la vie de la mère à cause d'hémorragies ou autres raisons de ce genre dès que le médecin reconnaît les symptômes certains du danger maternel, il peut rompre le lien anormal auquel se rattache la vie du petit monstre humain. Ce n'est pas le tuer directement, c'est le faire tomber, plante parasite, de l'arbre dont il compromet l'existence. Il va périr, on le sait, c'est un résultat qu'on prévoit et qu'on déplore, mais qu'on permet sans le vouloir. Ce qu'on veut c'est sauver une plus noble et une plus précieuse vie humaine.

Le médecin peut donc, sans engager sa responsabilité morale, se rallier sans scrupule à la formule énoncée par Pinard, laquelle domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques : " Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale."

Examinons un peu ce que devient la grossesse extra utérine non opérée et abandonnée à elle même.

1° La trompe se brise, une hémorragie plus ou moins considérable se produit, puis le vaisseau rupturé se ferme spontanément et l'embryon, entraîné par l'inondation, périt au milieu du sang épanché qui lui, se coagule dans le Douglas, s'enkyste et constitue l'hématocèle. Peu à peu le sang se résorbe et tout rentre dans l'ordre ; ou bien l'infection s'en mêle, un abcès se forme séparé de la grande cavité abdominale par l'exudat péritonéal, un coup de couteau dans le cul-de-sac postérieur et c'est la fin.

A ce propos, doit on considérer toutes les hématocèles retro-utérines comme provenant de la rupture de la grossesse ectopique ?

Je n'ai ni le temps ni l'intention d'entrer sur ce sujet dans une longue discussion et j'avoue volontiers que la question est loin d'être tranchée. Il est indiscutable que du sang peut être versé dans le cul-de-sac péritonéal à la suite de conditions pathologiques multiples, v. g : hémorragie folliculaire de l'ovaire, tumeur maligne de l'utérus ou des annexes, veines variqueuses du ligament large. Doran et d'autres citent des cas d'apoplexie ovarienne dans lesquels la pression intérieure avait rompu l'ovaire en deux parties égales. Gardner cite un cas dû à une tuberculose miliaire

des trompes. Cependant ce ne sont là que de rares exceptions et depuis la démonstration de la théorie gravidique de l'hématocèle pelvienne due à Gallard et vulgarisée par L. Tait, cette doctrine a pris une extension telle qu'aujourd'hui la plupart des hémorragies rencontrées dans le bassin sont rangées dans la catégorie des grossesses ectopiques. Pour ma part, je suis tellement convaincu de la justesse de cette proposition que je n'hésite pas à déclarer l'hématocèle d'origine gravidique, même en l'absence de signes positifs révélés par le microscope, quand les symptômes accusés par la malade ont présenté la marche et le caractère de ceux que l'on rencontre habituellement dans les cas de grossesse extra-utérine. Certes, loin de moi l'idée de prétendre diminuer l'importance des renseignements fournis, dans l'immense majorité des cas, par l'examen pathologique, mais je me demande si les résultats négatifs obtenus au moyen du microscope sont toujours suffisant pour réduire à néant les significations d'un tableau clinique qui, dans certains cas, se présente avec une valeur pathognomonique.

Il me serait facile de citer des exemples d'hématocèles où le microscope n'avait fait découvrir aucune villosité choriale et qui cependant étaient évidemment dues à une grossesse extra-utérine. Des faits de ce genre ont été observés par d'autres. Ainsi le 10 mai 1901, Ruge, dans le but de démontrer l'origine non gravidique d'une hématocèle, s'appuyait en particulier sur l'examen d'une pièce d'hémato-salpinx présentée à la société gynécologique de Berlin et dont l'examen lui paraissait négatif. Sur l'invitation de Veit, qui ne partageait pas son opinion, l'analyse histologique fut reprise avec plus de soin et, à la séance du 12 juillet, Keller représenta la même pièce sur laquelle il avait reconnu manifestement les villosités choriales.

Doleris cite un cas analogue.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, cette question de pathologie offre une importance absolument secondaire, l'hématocèle rétro-utérine réclamant le même traitement, quelle que soit son origine.

2° Si, au lieu de périr au milieu du sang de l'hématocèle, l'œuf résiste à l'accident de la rupture, il s'implante sur un point quelconque de la cavité péritonéale et peut continuer à se développer jusqu'au terme et être extrait vivant au moyen de la laparatomie ; ou bien il meurt à un moment quelconque de son existence intra-abdominale, s'enkyste, se pétrifie et peut persister à l'état de " caput mortuum " dans le ventre de la mère. On a cité des exemples de lithopédion qui ont existé de la sorte pendant

vingt, trente et quarante ans, leur présence au milieu de la masse intestinale ne produisant que des accidents insignifiants.

Si au lieu de se pétrifier de bonne heure, comme dans l'observation IV que j'ai citée plus haut, le fœtus meurt près du terme de la grossesse, il peut devenir la cause de symptômes inquiétants et de nature à embarrasser sérieusement le diagnostic.

En voici un exemple.

Obs. VI. Madame T..... trente-trois ans, mariée depuis neuf ans, a eu deux enfants, le premier il y a huit ans, le dernier il y a dix-sept mois ; sept ans de stérilité entre les deux grossesses ; a toujours été régulièrement menstruée. Le 2 juin 1898, apparition des dernières règles ; signes de grossesse pendant les trois mois suivants ; mouvements du fœtus perçus au milieu de novembre. Pendant l'été, elle éprouva quelques douleurs abdominales qu'elle attribua à des crampes intestinales. Vers le commencement de septembre, en sortant du lit, elle fut prise un matin de douleurs abdominales excessivement intenses. Son mari accourt et la trouve presque sans connaissance, les lèvres blanches, la face pâle et couverte de sueurs. Elle se remet au lit et, durant plusieurs jours se plaint constamment de douleurs à travers l'abdomen. Écoulement sanguin par le vagin pendant dix jours et finalement rejet d'une membrane caduque caractéristique.

Le médecin de la famille crut que la malade était menacée d'avortement, mais peu à peu tout parut rentrer dans l'ordre et les douleurs disparurent.

Dans le mois de février, elle a de nouveau une crise de douleurs abominables après quoi elle cesse de sentir les mouvements du fœtus. Pendant un mois elle perdit du sang par le vagin ; l'abdomen qui avait augmenté graduellement jusqu'à ce qu'elle cessât de percevoir les mouvements fœtaux, diminua de volume à partir de cette époque ; toutes les douleurs disparurent et elle devint parfaitement bien.

A la fin du mois de mars, date à laquelle elle croyait devoir accoucher, comme elle n'éprouvait aucuns signes de travail, elle devint inquiète et fit demander de nouveau le médecin qui parla de provoquer l'accouchement artificiel.

Le 25 avril, c'est à dire dix mois et demi après la dernière menstruation, elle vint me consulter à Ottawa. Elle offrait toutes les apparences d'une santé parfaite et n'éprouvait absolument aucune douleur.

A l'examen, l'abdomen qui est le siège d'un développement assez considérable, n'offre pas cependant la tension qu'on observe à la fin de la grossesse ; la peau est mobile sur les muscles sous-jacents. On sent une tumeur distincte sur la ligne médiane ; elle est sphérique, modérément dure, la limite supérieure s'élevant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et le sternum ; le bord inférieur est situé cinq centimètres au-dessus du pubis ; de chaque côté elle s'étend presque jusqu'aux lignes latérales de l'abdomen. Cette tumeur est mobile de haut en bas et de gauche à droite, mate à la percussion et légèrement sensible. Le col utérin est gros et ramolli ; l'utérus, mobile, est facilement délimité par la palpation bilatérale et on sent le fond audessus de la symphyse du pubis. La tumeur est certainement indépendante de l'utérus et peut être déplacée dans toutes les directions sans que le doigt appliqué sur le col perçoive la sensation des mouvements qu'on imprime à la tumeur. A droite on constate la présence d'une masse séparée de l'utérus par un sillon distinct ; elle est dure, unie, non fluctuante et légèrement sensible à la pression.

Sans aucun doute c'est un cas de grossesse extra-utérine. La malade a dû devenir enceinte au mois de juillet et en septembre la rupture a eu lieu. Cependant le fœtus a continué à se développer dans la cavité abdominale jusqu'au mois de février, époque à laquelle il est mort à huit mois au commencement d'un faux travail. L'abdomen alors a diminué de volume à cause de l'absorption d'une certaine quantité de liqueur amniotique. Cette tumeur est évidemment constituée par le fœtus et la masse perçue du côté droit doit être le placenta. Le fœtus étant mort depuis deux mois la circulation placentaire est vraisemblablement abolie et les thrombus qui sont se formés permettront probablement l'extirpation de toute l'affaire sans beaucoup d'hémorragie.

L'opération qui fut pratiquée le 29 avril confirma le diagnostic en tous points. Il n'existait plus aucun liquide amniotique, le fœtus libre dans la cavité abdominale était recouvert par une membrane qui l'enveloppait entièrement comme une toile d'araignée. Il était situé transversalement, le dos tourné vers la paroi abdominale, la tête fléchie, plongeait dans la fosse iliaque gauche, le bras droit appliqué sur le côté du corps, l'avant bras fléchi et le coude droit situé superficiellement et formant la limite inférieure du fœtus. Les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses. Le placenta était enfoui à droite tout au fond du Douglas ; le fœtus, lui, était attaché par un cordon épais et blanchâtre dans lequel il n'existait plus aucun vestige de circulation.

Tout fut enlevé sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. La malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines parfaitement rétablie.

3° Il existe une troisième terminaison de la grossesse extra-utérine, plus dramatique et plus solennelle. Je veux parler de ces cas d'inondation péritonéale foudroyante causée par la rupture des vaisseaux de la trompe qui refusent de se fermer spontanément et qui, en quelques heures, mettent la malade en danger de mort. Ici pas d'alternative, il faut ouvrir le ventre non pas demain, mais ce soir, de suite, opérer; à la lumière artificielle, en plein collapsus, aller saisir le vaisseau qui donne et y jeter une ligature. Pas de demi-mesures, surtout ne pas commettre l'erreur d'attendre une réaction sur laquelle il ne faut jamais compter. qu'un assistant injecte trois ou quatre c. c. de sérum artificiel sous les seins pendant que le chirurgien pratique la laparatomie. A l'ouverture de l'abdomen un jet de sang fluide jaillit souvent comme d'une fontaine; il faut sans s'en inquiéter, élargir l'incision, aller de suite à la recherche de la trompe rompue et appliquer une pince sur le vaisseau qui saigne. Alors seulement il faudra s'occuper des caillots semi-fluides qui remplissent l'abdomen, les enlever entièrement et procéder enfin à l'extirpation du sac fœtal après ligature des artères.

Ces orages ne prennent pas toujours les proportions d'un déluge; le plus souvent des hémorragies successives plus ou moins abondantes se produisent, séparées par des accalmies durant lesquelles nous avons le temps de réfléchir. L'écoulement sanguin vaginal persiste, les douleurs reviennent d'une manière intermittente, la fièvre s'allume et l'examen nous permet de constater la présence d'une tumeur rénitente et sensible, facilement circonscrite par la palpation bi-manuelle. Ici encore l'intervention s'impose et ne doit pas être différée, afin de conjurer l'inondation péritonéale que peut produire une nouvelle hémorragie imminente. Que l'on choisisse le vagin ou la voie abdominale, cela dépend des préférences individuelles, mais il faut pénétrer jusqu'au corps du délit et en faire l'extirpation.

Quand nous avons affaire à une hématocele éteinte, reliquat inerte d'une hémorragie qui ne menace plus de se reproduire, la voie vaginale est tout indiquée; une simple colpotomie postérieure suffit pour nettoyer le Douglas des caillots ou même du pus qu'il renferme. Mais si les accidents encore récents ont conservé une certaine activité, il est à mon avis plus prudent d'ouvrir l'abdomen et d'aller constater de "visu" ce qui se passe, car quelque ferme que soit le diagnostic, l'ouverture du ventre peut

toujours nous réserver des surprises, réclamant pour y faire face une combinaison anatomique plus parfaite que celle qui a la prétention de placer l'œil au bout du doigt du chirurgien.

CONCLUSIONS.

Le médecin général, tout comme le spécialiste, doit être en mesure de reconnaître la grossesse extra-utérine au début, afin de pratiquer ou réclamer une intervention opportune et efficace.

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de la grossesse ectopique en l'absence de douleur, symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur, quelle que soit son intensité, ne signifie nullement que la grossesse est rupturée, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo-ovarien étant soumise à des susceptibilités individuelles réelles et d'observation journalière.

Étant donné la fréquence de la récurrence, et puisqu'on ne saurait affirmer l'intégrité des annexes par un simple examen microscopique, ne vaut-il pas mieux, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, enlever en même temps la trompe du côté opposé ?

Dans l'immense majorité de ces cas, l'hématocèle retro-utérine doit être considérée comme le produit d'une grossesse ectopique, même en l'absence de signes positifs révélés par l'examen microscopique.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée. Ce traitement indiqué par la chirurgie contemporaine n'engage nullement la responsabilité morale du chirurgien, le fœticide dans les cas de ce genre étant, selon les théologiens, absolument licite " salvo meliori judicio".

L. COYTEUX PREVOST

(*Gynécologiste de l'hôpital St. Luc.*)

Ottawa 25 Juillet 1902.

“ Rétention placentaire prolongée ”

Travail présenté au Premier Congrès des Médecins de l'Association de Langue Française de l'Amérique du Nord

par Eugène Mathieu. M. D.

Tous les accoucheurs semblent d'accord aujourd'hui pour approuver et conseiller l'intervention dans les cas d'avortements incomplets. “ En dehors de tout accident, disent-ils, l'expectation pure est pour nous une imprudence.

La malade reste en imminence d'hémorrhagie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, il faut l'extraire avec le doigt et la curette ”.

On voit aussi écrit dans les traités d'obstétrique les plus récents, que la rétention du placenta dans les cas de grossesse gémellaire ou multiple est un gros danger.

Que devient donc l'arrière faix dans l'avortement incomplet ? La rétention du placenta expose-t-elle réellement toujours la mère à des accidents septiques ?

Voilà les deux questions aux quelles je répondrai durant ces dix minutes réglementaires.

Les cas de rétention prolongée de l'arrière faix ne sont pas rares. Tous les auteurs en ont rapportés, entre autres : Naegelé, Pageot, Tarnier, Budin. Le Dr Tissier, dans le dernier numéro du “ Bulletin médical”, de Paris, rapporte l'observation d'une femme qui a expulsé un placenta de 3 mois, 69 jours après avoir fait sa fausse couche. Cette rétention n'avait donné lieu à aucun accident.

Pour notre part, nous avons pu, en consultant nos notes, retracer 14 cas où le placenta n'a été expulsé que du 7^o au 38^o jour, et cela sans avoir donné lieu à aucun accident.

Laissez-moi vous rapporter l'observation d'un cas d'avortement gémellaire de 6 mois, où le placenta a été retenu dans la cavité utérine pendant

38 jours sans avoir causé la moindre élévation de température. Après l'expulsion des deux fœtus, à 8 jours d'intervalle, le col étant complètement fermé, n'ayant alors ni hémorrhagie ni septicémie à combattre, je me contentai de donner des injections vaginales antiseptiques et de prescrire des doses régulières de quinine, dans le but de prévenir tout symptôme d'infection. Après 38 jours d'attente, le placenta fut expulsé et, malgré sa rétention prolongée dans l'utérus, il ne présentait ni odeur ni altération. Durant tout ce temps, la malade n'eut ni frisson, ni maux de tête, ni aucune élévation de température.

Ce placenta, retenu dans la cavité utérine, a dû certainement contracter des adhérences, comme un parasite, jusqu'au moment où, n'étant plus qu'un corps étranger, il a été expulsé.

Tous ces faits comportent donc leurs enseignements. Dans un avortement on voit souvent le placenta demeurer dans l'utérus sans produire de putréfaction ; ce qui n'est pas de même dans une grossesse à terme, le placenta se putréfiant s'il ne sort pas. Dans un avortement, au contraire, le placenta vit comme un parasite, parce qu'il n'est pas mur ; voilà la différence.

On ne doit donc pas toujours se hâter d'intervenir dans les cas de rétention totale ou partielle du placenta. Si on prend des précautions minutieuses, et si la surveillance est rigoureuse, l'expulsion se fait toujours sans accident. Sans doute, nous ne conseillerions pas à un médecin, appelé auprès d'une femme, dont l'avortement remonterait à quelques jours, et qui aurait été exposée à des touchers malpropres et à des tentatives de délivrance artificielle, d'attendre, assurément non ; il vaudrait mieux pratiquer le curetage, en le faisant suivre, au besoin, du tamponnement intra-utérin ; mais nous disons que si nous entourons la femme de précautions minutieuses, de précautions plus minutieuses que dans un accouchement à terme,—s'il n'y a pas d'hémorrhagie, ni de septicémie,—nous avons donc à gagner à attendre.

Tarnier, dont l'expérience n'est pas à dédaigner, a été, toute sa vie, partisan de l'expectation armée. Avec l'expectation et l'antisepsie, disait-il, les cas de mort sont extraordinairement rares, et tout le monde est à même de faire de l'antisepsie.

Comme conclusion, nous dirons que celui qui intervient toujours dans les cas d'avortements incomplets, qu'il y ait ou non indication, fait bien ; mais que celui qui sait temporiser, armé d'une bonne antiseptie, fait encore mieux.

Le Dr. Vallée félicite le Dr. Mathieu sur son travail et dit qu'il est heureux de corroborer entièrement tout ce qu'il vient de dire. C'est l'enseignement qu'il a toujours donné à ses élèves, à l'Université Laval. Il blâme fortement les interventionnistes qui, dès que le placenta tarde à sortir, se hâtent de pratiquer le curetage souvent avec des résultats désastreux. Le curetage utérin n'est pas aussi inoffensif qu'on semble le croire. Pour lui, dans les cas d'avortements incomplets, l'expectation et l'antisepsie suffisent généralement. En tout cas, cette conduite n'expose pas aux accidents que peut amener une intervention mal faite.

Le Dr Laurendeau prend aussi part à la discussion et dit que chaque fois que le placenta n'est pas expulsé après un avortement, il donne d'abord une dose massive de quinine, et quand il échoue, il ne craint pas de pratiquer de suite le curetage. Il ne faut pas avoir peur du curetage : il l'a pratiqué maintes et maintes fois, toujours avec de bons résultats. Pour lui tout médecin devrait être capable de faire cette petite opération qui est des plus facile, et on ne devrait jamais craindre de la faire quand l'occasion se présente.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

De l'Electricité faradique appliquée au traitement des dermatoses prurigineuses

Le Dr Bouveyron, dans *l'Écho Médical de Lyon* (Juillet 1902) apporte une nouvelle contribution au traitement des dermatoses prurigineuses par les agents physiques. Il fait valoir les avantages de la faradisation contre les troubles du prurit si souvent rebelles aux traitements médicaux.

Jusqu'à présent l'attention des dermatologistes n'a été attirée que sur l'action antiprurigineuse des effluves de l'électricité statique ou de la franklinisation.

La faradisation avait été peu expérimentée. L'action antiprurigineuse démontrée par Lelois et Doumer en France, Monell en Amérique est incontestable, mais elle n'est habituellement que temporaire.

Mais cette action suspensive du prurit qu'on rencontre dans plusieurs variétés de dermatoses, l'effluviaction statique n'est pas seule à la partager : les courants de haute fréquence et la faradisation donnent des résultats analogues.

La faradisation, sans mériter plus d'éloges que les deux autres procédés mérite mieux que le silence que l'on a gardé envers elle jusqu'ici, elle offre cet avantage pour le médecin praticien de n'exiger qu'un simple appareil de faradisation qui se trouve entre les mains de la plupart des médecins pour le traitement des paralysies et des troubles de sensibilité, tandis que l'effluviaction et les courants de haute fréquence exigent des appareils compliqués et dispendieux qu'on ne rencontre que dans les établissements hospitaliers ou chez les spécialistes.

Voici comment l'auteur décrit le procédé dont il se sert dans l'application de ce mode d'électrisation :

“ Des électrodes ordinaires pour électrisation labile, ayant la forme de tampons assez larges et arrondis, recouverts de peau de chamois imbibée d'eau salée et portés sur un manche isolant, conviennent parfaitement.

Nous nous sommes servi tour à tour de la méthode unipolaire et de la méthode bipolaire de faradisation. Tantôt une des électrodes étant largement appliquée sur le sternum et restant indifférente, nous avons cherché à nous rendre compte tour à tour de la différence d'action du pôle employé. Tantôt à propos d'affections prurigineuses symétriques, telles qu'un lichen des mains ou qu'un eczéma des creux poplités, nous avons promené en même temps chacun des pôles sur chacun des côtés atteints. En procédant de l'une ou l'autre façon, il nous a toujours semblé que le pôle positif exerçait sur le prurit une action sédative plus marquée que le pôle négatif. Cependant cette différence d'action n'est pas telle que la méthode bipolaire ne soit réellement avantageuse.

Nous avons l'habitude d'employer un courant aussi fort que le malade peut l'endurer sans douleur. Notons à ce sujet que la sensibilité au courant faradique des malades atteints de dermatoses est très variable. C'est ainsi qu'une de nos malades atteinte de lichen circonscrit chronique, ne pouvait tolérer au visage des courants tellement faibles qu'ils étaient à peine ressentis par d'autres personnes dans la même région. Par contre, un malade du service de M. le Pr. agrégé Rochet, qui était atteint du lichen circonscrit du dos des mains, tolérait sans souffrance dans cette région des courants que des personnes saines jugeaient insupportables.

Nous faisons en général à nos malades des séances de faradisation quotidiennes au début, mais plus espacées dans la suite, et prolongées, jusqu'à cessation du prurit, pendant une demi heure environ, en promenant les deux pôles sur les régions qui sont le siège du prurit. Les prurigos acarion et pédiculaire exceptés, nous avons expérimenté la faradisation depuis plus d'un an dans les affections prurigineuses les plus diverses. C'est ainsi que nous l'avons employée d'une façon épisodique, il est vrai, mais sans aucun autre traitement concomitant, dans 4 lichens circonscrits, 1 lichen plan de Wilson, 11 eczemas prurigineux à diverses périodes de leur évolution, 2 prurits anaux, 1 prurit vulvaire, 3 eczemas séborrhéiques circonscrits et prurigineux, 2 miliaires sudorales localisées, 1 pityriasis rosé de Gibert, 1 prurit lié à des boutons abortifs de vaccine, 1 cas de morphee du sein droit avec sensations lancinantes et prurit local, etc.

Toutes ces affections rentrent dans la catégorie de ce que nous pourrions appeler des prurits localisés. Or, dans presque tous les cas de cette catégorie nous avons obtenu de la faradisation cutanée de bons résultats. Le cas suivant va nous servir d'exemple frappant. Chez un homme de 58 ans, nerveux et dyspeptique, il était atteint depuis 3 mois de lichen circon-

crit du dos des mains et dont le prurit était vraiment intolérable, nous avons obtenu avec deux séances quotidiennes de faradisation dans le service de M. le Pr. agrégé Rochet, une suspension totale du prurit pendant 12 jours. Ce n'est qu'au bout de ce temps que le prurit a récidivé d'une façon très atténuée. Au reste, le malade supportait des courants très forts ; et, sous l'influence de la cessation du prurit, son affection s'améliora extrêmement. C'est que la faradisation agit sur le prurit avant tout. Elle ne guérit pas à proprement parler ; mais elle améliore indirectement la plupart des affections cutanées par la suppression plus ou moins durable, quoique généralement temporaire, du prurit qui en est un des principaux facteurs de production ou d'aggravation,

Dans un autre cas de lichen circonscrit (cas dont nous ne voulons tirer aucune conclusion générale, d'ailleurs,) nous avons pu comparer l'action antiprurigineuse de la faradisation et de l'effluviaison statique. Il s'agissait d'une fille de 35 ans, ayant une cataracte familiale double, nerveuse, dyspeptique, constipée et atteinte depuis 17 années d'un lichen circonscrit très prurigineux du visage et du dos des mains. Ce lichen était apparu à la suite d'une forte émotion que la malade avait eue : elle avait failli périr dans un incendie. Presque tous les traitements classiques avaient été employés et presque tous sans résultats. A peu près seules, les séances prolongées de faradisation calmaient le prurit pendant une durée qui variait pour chacune d'elles de 1 à 3 jours. Pendant ces séances j'ai même vu plusieurs fois des papules récemment formées s'affaisser sous l'action du courant. Mais comme la malade ne tolérait que de très faibles intensités en raison de son extrême sensibilité au courant faradique, je demandai à M. le Pr Gailleton l'autorisation de la soumettre à la clinique de l'Antiquaille à un traitement par l'effluviaison statique. Ce traitement suivi pendant près d'un mois n'eut absolument aucun résultat. Les papules et la lichénisation qui avaient presque temporairement disparu sous l'influence de la faradisation revinrent de plus belle, en même temps que le prurit, au cours du traitement par l'effluviaison.

Nous avons très rarement vu de poussée eczémateuse survenir au cours d'un traitement par la faradisation ; et deux femmes dont les poussées eczémateuses récidivaient à peu près régulièrement à chaque période menstruelle, en furent exemptes au moment où elles se trouvèrent soumises à ce traitement.

Par contre, dans deux cas de prurigo sénile généralisé la faradisation n'a donné que des résultats douteux ou nuls. Cet insuccès tient-

il à l'impossibilité de faradiser convenablement toutes les régions du tégument dans le prurigo généralisé ? ou à toute autre cause ? c'est ce que nous ne savons pas.

En résumé, la faradisation cutanée, qu'elle soit unipolaire positive ou bipolaire, exerce une action suspensive marquée sur la plupart des prurits localisés.

Cette action suspensive, qui est généralement temporaire, contribue cependant à améliorer indirectement un grand nombre de dermatoses dont le prurit est l'un des principaux facteurs de production, de prolongation ou d'aggravation.

M. D. B.

Le morcellement des amygdales palatines.

Pour l'auteur, le morcellement est le procédé de choix chaque fois qu'il n'est pas opportun d'employer l'anse galvanique ou l'amygdalotome.

Pour faciliter le morcellement, il a fait construire un *morcelleur* pouvant saisir à l'aide d'une seule main et dans n'importe quelle position des fragments de l'amygdale, enchatonnée ou non, molle ou fibreuse. Cet instrument permet de lâcher prise, le cas échéant, sans dommage pour les parties saisies par erreur, d'écraser entre ses bords en forme de curette mais à bords non tranchants, et de faire une section nette, sans aucune traction des parties écrasées.

Fait avec soin, le morcellement n'est pas douloureux. Il n'est pas nécessaire de faire de grosses prises qu'il vaut mieux faire plus nombreuses dans une seule séance.

Une seule séance chez l'enfant, 2 ou 3 à 10 jours d'intervalle chez l'adulte suffiront au morcellement complet des deux amygdales.

Afin d'éviter tout danger d'hémorragie, le malade sera opérée à froid, en dehors de toute poussée inflammatoire.

La douleur sera évitée au moyen d'un badigeonnage de solution cocaïnée à 1/10 suivi d'un autre à la solution d'adrénaline à 1/1000.

Puis on prescrira des gargarismes à l'eau oxygénée à 12 volumes dédoublée. Le soir même et le lendemain l'opéré prendra une nourriture fluide et glacée, puis reprendra progressivement ses habitudes.

Pendant les 5 ou 6 jours suivants, gargarismes fréquents, surtout après le repas avec

Résorcine.....	10 grammes
Glycérine neutre.....	} àâ 3o =
Sirop de fleur d'oranger.....	
Eau bouillie.....	Q. s. p. 500 c. c.

Traitement chirurgical de l'appendicite.

M. Poirier rapporte à la Société de Chirurgie de Paris une observation d'appendicite opérée par M. Gilis (Montpellier) et qui est intéressante à plusieurs points de vue; M. Gilis pratiqua l'intervention le 3ième jour après le début et trouva une collection de pus fétide, en arrière du cæcum, et contenant l'appendice; ne voulant pas se livrer à des manœuvres dangereuses, il évacua la collection, mais laissa l'appendice; tout rentra peu à peu dans l'ordre, une fistule stercorale qui s'était produite guérit au bout de 3 mois; mais il se produisit successivement 3 récidives, au bout de 3 mois, puis de 2 mois, enfin de 4 mois; ce n'est qu'alors que M. Gilis extirpa l'appendice et que la guérison survint, 13 mois après le début des accidents. Il faut donc, conclut M. Poirier, opérer l'appendicite dès le début, et l'appendice dès la première intervention.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

MM. Malherbe et Roubinovitch, *Académie de médecine* montrent que le chlorure d'éthyle donné non sur un masque mais par le procédé de la compresse constitue un très bon anesthésique général. Ce procédé offre une série d'avantages.

La *simplicité*, puisque, sans appareils spéciaux, plus ou moins encombrants et malpropres, il suffit d'une simple compresse et de quelques tubes de chlorure d'éthyle pour provoquer une narcose suffisante pour mener à bien un grand nombre d'interventions de courte durée.

L'*innocuité absolue*, par suite de la quantité vraiment minime de liquide nécessaire à cette anesthésie, puisque 2 à 3 cc. suffisent.

Enfin, la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose permettant de faire les opérations les plus douloureuses.

Recherche simple et très sensible de l'albumine dans l'urine

Le procédé suivant est indiqué par l'*Union pharmaceutique* (1902, p. 314):

Dans un verre à réactif bien blanc et bien propre, on verse de l'eau distillée bouillante, dans laquelle on fait tomber une goutte d'urine. Si celle-ci contient des traces d'albumine, il se produit dans le liquide, sur le passage de la goutte d'urine, gagnant le fond, une opalescence très caractéristique, ressemblant en tout à la fumée d'un cigare. Cette méthode est beaucoup plus sensible que la méthode par l'ébullition et est surtout recommandable lorsqu'on n'a que quelques gouttes d'urine à sa disposition.

Du diagnostic précoce de l'appendicite gangréneuse.

M. Quénu (*Société de Chirurgie de Paris*) revient sur les observations de MM. Walther et Mignon et dans lesquelles les signes sur lesquels insiste M. Quénu n'ont pas été recherchés tout au début de l'affection, alors qu'ils ont leur réelle valeur; d'ailleurs, ces signes ne sont pas constants, mais il importe, quand ils existent, de les dénoter dès le début et de savoir leur attribuer leur importance au point de vue du diagnostic.

M. Broca rapporte un cas d'appendicite gangréneuse à marche rapide chez un enfant et dans laquelle, 2 jours après le début, il n'existait qu'une vague douleur dans la fosse iliaque droite, alors que l'opération montra dans le haut du bassin, un abcès contenant un appendice entièrement sphacélé. A quoi M. Quénu répond: qu'il ne s'agit pas de l'intensité de la dou-

leur, mais de sa zone de distribution ; que là encore on l'a recherché trop tard ; enfin qu'il s'agit là d'une gangrène secondaire, tandis que M. Quénu ne parle que des gangrènes primitives.

Anurie calculuse opérée au 12ième jour. Guérison.

M. Bazy (*Société de Chirurgie de Paris*) fait un rapport sur une observation de M. Suarez de Mendoza (Madrid) ; il s'agit d'une femme de 50 ans, qui, ayant déjà eu plusieurs crises de coliques néphrétiques, fut prise d'anurie complète ; le rein droit étant augmenté de volume, il pensa à une hydronéphrose par coudure ou calcul de l'uretère et il l'incisa ; il trouva en effet, un calcul à la partie supérieure de l'uretère, et le retira facilement, avec une pince ; le cathétérisme rétrograde ayant montré l'uretère libre jusqu'à la vessie, il sutura sans drainage ; les jours suivants, la malade urina abondamment et la guérison survint complètement.

M. Bazy insiste sur la lenteur de l'apparition de l'anurie ; sur le volume considérable du rein ; sur le caractère probablement reflexe de l'anurie et sur les bienfaits de la néphrotomie ; enfin sur les indications de la suture du rein, qui existeraient dans ce cas, à savoir l'absence d'infection et la perméabilité de l'uretère.

Contribution à l'étude de la fièvre puerpérale

M Rigal (*Thèse de la Faculté de Paris*) met en relief tout le parti que le gynécologiste peut tirer de l'emploi des injections intra-utérines dans les cas d'infection puerpérale, si on leur associe le curettage. Elles sont suffisantes le plus souvent dans les cas d'infection légère. Dans ceux où l'infection persiste, on doit recourir, aussitôt que leur insuccès est démontré, au curettage pratiqué méthodiquement, prudemment mais aussi complètement que possible, l'écouvillonnage complète l'opération.

Si un premier curettage n'a pas amené d'amélioration et si la cavité

utérine est encore infectée, il ne faut pas craindre de recourir à un second curetage qui donne souvent de meilleurs résultats.

Enfin, en dernière ressource, on emploiera l'irrigation continue. Le sérum artificiel, la caféine, l'éther seront des adjuvants utiles.

Hémostase par le sérum gelatiné en injections hypodermiques

Le sérum gelatiné en injections sous-cutanées n'est pas un spécifique des hémorragies, mais c'est un excellent agent hémostatique particulièrement dans les cas rebelles aux hémostatiques ordinairement employés. M. Cérac établit avec soin les indications et les contre-indications de son emploi dans une excellente thèse.

Le sérum paraît indiqué dans tous les cas d'hémorragies internes (hémorragies bronchiques, hémoptysies, gastrorragies, hémorragies intestinales, métrorragies) et seulement lorsque les autres moyens ont échoué. Son emploi réclame quelque prudence : injecté à la dose de 500 centimètres cubes par voie sous-cutanée il obéit aux mêmes contre-indications générales que le sérum physiologique artificiel, c'est-à-dire : l'hypertension vasculaire, les cardiopathies valvulaires, la symphyse cardiaque, les myocardites chroniques, l'urémie à forme cardiaque, l'œdème (surtout celui du poumon), les hydropisies en général, l'âge avancé du sujet. Chez les enfants il faut être très prudent dans l'emploi des injections sous-cutanées de sérum gelatiné, l'intégrité cardiaque et rénale est donc la condition essentielle de ces injections en grande quantité, le repos au lit après l'injection est indispensable ; on conseille également la diète alimentaire avec restriction des boissons.

REPRODUCTION

De la pollakiurie nocturne et de sa valeur séméiologique

Par M. le Dr. BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon

Il est de notoriété courante que le prostatique au début, celui qui vide sa vessie, ou du moins qui n'a qu'une stagnation vésicale passagère et intermittente, a de la pollakiurie nocturne. C'est même ce symptôme qui tracasse le plus certains malades, ennuyés d'être obligés de se lever 3 ou 4 fois la nuit et même plus.

Ce symptôme associé à la lenteur matinale de la miction, à la faiblesse de la contractilité vésicale, caractérise le prostatisme à la première période, tel qu'il est compris actuellement d'après la définition et la description de M. Guyon.

Aussi, quand on trouve cet ensemble de symptômes chez une femme, a-t-on pu comparer l'état présenté par cette femme à ce prostatisme, et décrire le *prostatisme chez la femme* (Guyon).

L'expression qui ne manque ni d'audace, ni de pittoresque, sert donc à caractériser cet état qui se traduirait par des manifestations anatomiques et fonctionnelles, portant sur la prostate, la vessie, les reins, toutes sous la dépendance de l'artério-sclérose.

L'artério-sclérose serait le lien commun qui relie l'homme à la femme, si on peut s'exprimer ainsi ; c'est à cause de cette altération dans le système artériel qu'on observait une symptomatologie analogue, et même semblable, dans l'un et l'autre sexe.

Cette manière de voir est, du reste, confirmée par cette observation du professeur Dieulafoy, à savoir qu'un des symptômes du brightisme latent est la pollakiurie nocturne.

Ce n'est pas toutefois l'interprétation que dans la grande majorité des cas, je donnerais des accidents et symptômes présentés par les prostatiques, estimant que s'il existe des altérations vésicales réelles, des lésions rénales, celles-ci sont consécutives à la lésion prostatique et aussi à l'infection dont ces différents organes peuvent être le siège.

Comme cette pollakiurie nocturne est un des symptômes les plus pénibles des prostatiques au début, et qu'il ne peut être question de prostate chez la femme, il faut donc chercher ailleurs la cause de cette pollakiurie.

J'espère donc montrer que cette pollakiurie nocturne a une autre signification, sur laquelle il est utile d'insister : elle indique, pour le dire immédiatement, la participation du rein, que cette participation soit d'ordre irritatif, congestif, ou qu'il s'agisse d'une lésion inflammatoire ou infectieuse.

Le diagnostic des lésions des reins ne saurait être fait avec trop de précision, tant au point de vue du pronostic que comporte une affection quelconque, des voies urinaires, qu'au point de vue du traitement, et surtout du traitement chirurgical, quelle que soit, au demeurant, la nature de cette affection ; j'entends sa nature au point de vue microbien, car les néoplasmes ne se comportent pas au point de vue spéciale qui nous occupe, comme les lésions ou irritatives, ou inflammatoires, ou infectieuses.

Les considérations qui suivent s'appliquent donc aux infections de nature tuberculeuse, aussi bien et peut-être mieux qu'aux infections liées aux microbes divers : staphylocoque, streptocoque, coli-bacille, etc.

Le diagnostic d'une lésion rénale devient facile quand on se trouve en présence d'un rein gros, douloureux ; quand, à défaut de ces signes, on peut sentir l'uretère augmenté de volume ; quand on a le réflexe urétéro-vésical ou le réflexe pyélo-vésical ; quand le besoin d'uriner se fait sentir par une douleur dans le flanc, dans la région des reins, ou que la fin de la miction détermine une douleur dans le même point ; quand il y a de la polyurie ; quand il y a du pus en plus grande quantité que ne le comporte l'état apparent de la vessie ; quand la vessie très irritable spontanément se laisse cependant assez facilement distendre.

Mais dans beaucoup de circonstances, tous ces symptômes sont très atténués, ou bien on n'en trouve qu'un ou deux peu nets, peu précis, de telle sorte que si on pouvait en ajouter un troisième, un quatrième, la signification des premiers en serait accrue d'autant, le diagnostic serait renforcé et pourrait aller à la certitude, sans qu'il fût besoin de moyens instrumen-

taux d'exploration qui ne peuvent être employés que par quelques-uns, ceux qui voient assez de maladies de ce genre et qui ont l'habitude de se servir des instruments de diagnostic.

C'est à ce titre que je signale la *pollakiurie nocturne*.

Pour établir la valeur de ce moyen de diagnostic il faut prendre les cas où il existe d'une manière indubitable une lésion infectueuse ou irritative du rein, qui se traduit par les signes de certitude que nous connaissons bien, et alors on voit qu'il existe de la *pollakiurie nocturne*, plus ou moins accentuée, suivant les cas, plus marquée quand l'irritation est plus vive, moins quand l'inflammation tombe, plus ou moins marquée suivant les sujets, pouvant varier aussi avec des conditions que nous ne connaissons pas encore. Il faut en outre prendre des sujets jeunes ou des femmes : les vieillards seraient des sujets de démonstration douteuse.

Cette *pollakiurie* est absolue ou relative.

Elle est absolue, quand le nombre des mictions nocturnes dépasse celui des mictions diurnes ; elle est relative quand le nombre est égal ou inférieur.

Quand il est inférieur, on pourrait croire qu'il n'y a pas de *pollakiurie* ou que cette *pollakiurie* n'a pas une origine rénale, et le phénomène, pour conserver encore de la valeur, a besoin d'être analysé.

On sait que la cystite, surtout la cystite intolérante qui donne lieu à de la *pollakiurie diurne*, cause aussi, surtout quand elle est intense, de la *pollakiurie nocturne*. Mais les besoins d'uriner nocturnes sont beaucoup moins fréquents que les diurnes. Le sommeil a raison des vessies même assez sensibles.

Quand au contraire le nombre des mictions nocturnes se rapproche des diurnes, qu'il n'y a qu'un faible écart, il faut songer à l'origine rénale de cette *pollakiurie nocturne*, et alors songer à une tuberculose rénale, si l'ensemble des accidents ou si les lésions observées font penser à la tuberculose, ou si la présence du bacille de Koch dans l'urine permet de l'affirmer.

Au demeurant, que la lésion rénale soit unilatérale ou bilatérale, la *pollakiurie nocturne* n'en existe pas moins dans les deux cas.

Cette *pollakiurie nocturne* s'accompagne toujours de *pollakiurie diurne*. Puisque cette *pollakiurie* est réflexe, elle doit se manifester à tout moment, mais elle se manifeste davantage la nuit.

Mon collègue et ami Chevalier a publié en 1891 (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, p. 49), un bel exemple de prostatisme chez la

femme ; la pollakiurie nocturne était évidente ; mais ce qui était non moins évident aussi, c'est l'état pathologique des reins, car il est dit : *légères douleurs rénales.*

Il est regrettable que l'état des urétéres n'ait pas été signalé.

Assurément on devait trouver dans ce cas le ou les deux urétéres augmentés de volume ; le toucher vaginal eût facilement fait trouver l'existence du *réflexe vétéro-vésical*, c'est-à-dire d'une douleur localisée au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie, douleur de caractère variable : brûlure, cuisson, etc., et qui quelquefois se traduit par une envie douloureuse d'uriner (*réflexe descendant le plus fréquent*), ou irradiation pénible vers le rein (*réflexe ascendant rare*).

Ainsi, dès que je constate le symptôme pollakiurie nocturne chez un malade ou une malade qui vient consulter pour une affection urinaire vraie, je puis sans me tromper affirmer à mes élèves que nous allons trouver une infection d'un ou des deux reins, et le plus souvent les signes que nous trouvons ne laissent aucun doute, même dans l'esprit des moins prévenus en faveur de ce diagnostic.

Aussi n'hésitons-nous pas, ni les uns ni les autres, à affirmer cette lésion rénale quand nous ne rencontrons par ailleurs que des signes atténués ; accordant à ces signes atténués la valeur qu'ils doivent avoir, les groupant, nous leurs donnons une signification tout à fait précise.

J'insiste sur tous ces points, qu'il est important que tout praticien connaisse, parce qu'ils permettront de faire un diagnostic précis, avec les seules ressources de la clinique et de l'observation et sans qu'il soit nécessaire, pour le faire, d'avoir recours à l'instrumentation.

Assurément il ne faut pas faire fi de l'instrumentation et la nécessité où nous sommes tous les jours d'introduire un instrument dans la vessie pour faire ou confirmer le diagnostic de calcul, serait là pour nous rappeler à tout instant que le diagnostic instrumental est souvent indispensable. Ce n'est pas le lieu de développer tous ces points ; je n'insisterai pas. Je voulais seulement montrer que l'on peut souvent se passer des instruments pour faire un diagnostic et que, en particulier, on n'a pas souvent besoin pour faire un diagnostic d'employer les instruments séparateurs de l'urine des deux reins. (Je ne parle pas du cathétérisme urétéral qui depuis l'invention des instruments pratiques de séparation est bien mort).

Ces instruments séparateurs sont excellents, mais ils exigent les uns et les autres pour être employés d'abord un canal suffisamment large.

L'un, le séparateur de Luys, correspond au n^o 21 ; l'autre, le séparateur de Cathelin au n^o 25. Je ne parle ici que des instruments français qui paraissent supérieurs aux étrangers.

Si l'introduction en est facile chez la femme, elle peut ne pas l'être autant chez l'homme, tant à cause de l'étroitesse du canal, qu'à cause des manœuvres spéciales qu'ils exigent, et si ces manœuvres sont simples pour des chirurgiens habitués au cathétérisme, elles peuvent ne point l'être autant pour des praticiens qui n'ont pas souvent l'occasion de sonder. Or c'est à ceux-ci que je m'adresse en ce moment.

Bien plus, il ne faudra demander à ces diviseurs, à ces séparateurs d'urine que ce qu'ils peuvent donner, la différenciation de la qualité des urines. Vient-il du pus d'un rein ? Vient-il du sang d'un rein et n'en vient-il pas de l'autre ? C'est là seulement ce qu'il faut demander. Il ne faut pas baser un diagnostic sur l'analyse de quelques grammes d'urine que vous retirerez de l'un et de l'autre rein ; en le faisant, on est exposé à faire fausse route et à enlever le rein qui sécrète le plus d'urée ; c'est ce que, dans un cas, j'ai démontré à M. Albarran prenant ses chiffres ; d'autre part, dans un autre cas, me basant sur l'élimination du bleu de méthylène, j'ai pu enlever un rein à une malade que ce même chirurgien avait vue, chez laquelle l'analyse de l'urine extraite par le cathétérisme de l'uretère lui avait défendu de le faire.

Telles sont les considérations que je désirais présenter à l'occasion de ce symptôme la *pollakiurie nocturne*. Je résumerai mon opinion en disant que si on sait analyser tous les symptômes présentés par un malade, on pourra arriver à un diagnostic précis. C'est ainsi que l'on pourrait sûrement diagnostiquer *pyélo-néphrite* si on trouve réuni chez lui la *pollakiurie* et surtout la *pollakiurie nocturne*, la *polyurie*, avec ou sans douleur terminale de la miction, la douleur au niveau de l'extrémité inférieure de l'uretère, qu'on sente ou non l'uretère, il n'est pas nécessaire de sentir le rein augmenté de volume, mais souvent on pourra déterminer une douleur à la palpation bimanuelle qui confirmera. Je ne parle pas des cas où le rein est gros.

Si, par surcroît, d'après l'état du malade et surtout l'examen bactériologique on trouve le bacille de Koch, on peut affirmer l'existence d'une tuberculose rénale.

Dans ces conditions, y a-t-il une indication opératoire de néphrectomie ? Que faut-il savoir ? Si l'autre rein sera capable de remplir seul son office d'émonctoire, si en d'autres termes il est sain : faites alors

l'épreuve du bleu de méthylène ou de la *phloridzine* et si l'élimination de l'une ou l'autre de ces deux substances ou des deux se fait dans les délais normaux, on peut être sûr qu'un des deux reins est sain ; que ce rein sain est le rein opposé au côté malade, que l'on peut donc enlever le rein qui a été diagnostiqué malade s'il est indiqué de l'enlever.

Journal des Praticiens.

Un procédé de fabrication de gaze Iodoformée et Salolée

Le supplément du codex de 1895 fait préparer la gaze iodoformée par une dissolution d'iodoforme dans un mélange éthéro-alcoolique et empêche la cristallisation de ce produit sur la gaze, en ajoutant 4 gr. d'huile de ricin par 1746 gr. de liquide. On obtient ainsi, dit-il, une gaze à 10 %.

Depuis quelques années, on emploie à l'hôpital de la Charité de Lille, un procédé, qui a été signalé comme étant en usage dans un service de chirurgie de Paris.

Nous n'en sommes ni l'auteur, ni l'inventeur, mais comme nous n'en avons trouvé la description nulle part, nous croyons utile de le signaler, car il permet de préparer des gazes à 20, 25, 30 et 50 % sans difficulté et d'une façon rapide.

Le commerce fournit différents iodoformes :

1° L'iodoforme cristallisé qui devient après porphyrisation l'iodoforme porphyrisé ;

2° L'iodoforme en poudre, qui se présente sous forme d'aiguilles imperceptibles très légères et qui est plus adhérent aux plaies ;

3° L'iodoforme que quelques fabricants appellent précipité, qui se présente en poudre impalpable sans aucun cristaux, ayant au toucher l'aspect de l'amidon. C'est ce dernier que l'on doit nécessairement employer pour faire de la gaze à forte dose.

Voici la formule pour la gaze à 30 %.

Iodoforme en poudre impalpable.... ..	30 gr
Glycérine.....	30 gr.
Liqueur de Van Sviéten.....	Q. S.
Gaze sans apprêt.....	100 gr.

On mélange avec la main, l'iodoforme et la glycérine dans une cuvette ; on y ajoute de la liqueur de Van Sviéten en quantité suffisante pour que la gaze, mise dans le récipient soit entièrement imbibée de liquide (l'iodoforme doit rester en suspension, s'il en était autrement, c'est que le produit employé ne serait pas celui dont on doit se servir). On trempe la gaze, (il n'est pas nécessaire de la déplier entièrement), on la malaxe de façon à l'imbibé uniformément, on la laisse égoutter dans une terrine, on la fait sécher dans une pièce obscure, on la plie légèrement humide, on l'enveloppe dans du papier parchemin ou du taffetas. Ce procédé a l'avantage de fournir de la gaze entièrement jaune, c'est-à-dire contenant la même quantité d'iodoforme sur toute sa surface ; de plus il est rapide, nous en avons vu préparer 1.500 mètres en 3 heures de temps ; il n'est pas trop coûteux car pour préparer de la gaze iodoformée à 30%, d'après le procédé du codex, il faudrait employer plus de 4 kilos d'éther et environ 1.200 grammes d'alcool à 90°, tandis que par le procédé que nous indiquons on emploie, pour la même quantité de gaze, c'est-à-dire 1.000 grammes, 300 grammes de glycérine et 2 à 3 litres de liqueur Van Sviéten.

Ces jours ci, nous avons employé pour fabriquer de la gaze au salol, le même procédé que pour la gaze iodoformée, nous avons obtenu une bonne gaze à 30%. Il faut observer, que le salol en poudre impalpable est plus facile à se procurer que l'iodoforme, car il n'est pas nécessaire de s'adresser à l'industrie, il suffit de mettre son salicylate de phénol à l'étuve, de le pulvériser et de le passer au tamis de soie assez fin.

E. LECLAIR,

Docteur de l'Université de Paris (Pharmacien).

L'iode d'éthyle dans la coqueluche.

Par le docteur Ch. AMAT

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médicaments employés pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on ne sait rien d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale, s'en remettant au temps d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante tenacité. Tel claustré les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme ; tel autre, escomptant au contraire la cure d'air, recommande les sorties fréquentes et prolongées et reste fidèle à la médication belladonnée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications, elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche elle-même. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments, et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille sur un petit garçon de deux ans et demi et sur un nourrisson, de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vainement les pulvérisations thymolophéniquées avaient été utilisées ; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et chez le nourrisson qui s'était jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculation jennérienne, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heure par des quintes qui ne variaient ni en nom-

bre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du patient afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes ; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants ; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite ; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court au point que huit jours après on ne comptait plus que six accès bénins dans les vingt quatre heures au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorber par le petit enfant de deux ans et demi le moindre médicament. A insister on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle, dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coquelucheux, ont manifesté le vif désir de la voir signalée.

Actions thérapeutique. contre-indications et indications du lavage du colon.

Le lavage du côlon agit sur cette portion du tube digestif par des actions mécaniques, physiques et médicamenteuses.

Nous laisserons de côté ces dernières actions, trop variables avec la nature des médicaments employés pour le lavage.

* * *

ACTIONS MÉCANIQUES.—Elles s'exercent sur le contenu et sur les parois de l'intestin.

a) *Sur le contenu.*—Le liquide injecté dans la lumière du côlon ramollit les matières fécales qui y sont contenues ; il en favorise ainsi le cheminement, et, le plus souvent, les entraîne avec lui lors de son évacuation.

L'asepsie du côlon est, du même coup, assurée par l'entraînement mécanique des nombreux microbes saprophytes et pathogènes, hôtes habituels de la cavité intestinale.

b) *Sur la paroi.*—L'introduction d'une certaine quantité de liquide dans la cavité du gros intestin amène une exagération de ses mouvements péristaltiques. Ce résultat est obtenu par l'excitation mécanique de la muqueuse et par l'élongation de la fibre lisse de la couche musculuse de l'intestin.

Cette élongation est obtenue par la masse d'eau employée sous pression. *Mais il faut se rappeler que la dilatation, souvent répétée, retardera chaque fois la contraction de la tunique musculaire de l'intestin.*

L'usage journalier d'une trop grande quantité d'eau et d'une pression exagérée amènera donc la coprostase par atonie intestinale.

ACTIONS PHYSIQUES.—L'action physique du lavage du côlon dépend uniquement de la température du liquide employé. Le calorique exerce particulièrement son action sur la musculuse et sur les vaisseaux de l'intestin.

a) *Sur la musculuse.*—Les fibres musculaires lisses, dites thermosystaltiques, sont très excitables par les variations de température, lorsque celles-ci sont rapides et s'éloignent assez de la température ordinaire de l'intestin.

La grande chaleur semble amener une contraction violente de l'intestin, tandis que le froid paraît, au contraire, avoir une action inverse. La température de 37° à 40° semble n'avoir aucune action sur la contraction intestinale.

b) *Sur les vaisseaux de l'intestin.*—Le grand développement du réseau vasculaire de l'intestin, ainsi que l'antagonisme qui existe entre la circulation générale et la circulation dans la veine, nous expliquent les effets

puissants que le calorique peut produire par son action sur les nombreuses veines de l'intestin.

Cette action est à la fois locale et générale. L'anémie qui suit le lavage froid semble agir sur les mouvements péristaltiques de l'intestin, en les arrêtant, en même temps qu'elle active la circulation intra-hépatique et augmente la tension dans la circulation générale.

De là son action cholagique et diurétique utilisée dans les affections hépatiques et infectieuses.

Le chaud amène, naturellement, une action inverse, provoquant une congestion plus ou moins intense de la muqueuse. L'hémorragie peut, quelquefois s'ensuivre.

Les lavages intestinaux semblent aussi amener des modifications dans la sécrétion intestinale. Cette action semble surtout provoquée par les changements survenant dans la circulation et par l'excitation mécanique des terminaisons nerveuses.

CONTRE-INDICATIONS.—Les contre-indications peuvent être d'ordre général ou local.

Dans quelques cas, la trop grande nervosité du patient est un obstacle au lavage du côlon. Les réflexes nerveux ayant pour point de départ la muqueuse intestinale sont souvent intenses et peuvent amener des palpitations, des sueurs froides, des lypothimies, voire même des syncopes.

De même, il faudra agir avec la plus grande prudence dans les cas d'artériosclérose généralisée ou de cardiopathie. Les changements de tension amenés dans la circulation générale par la dilatation ou le rétrécissement des nombreux vaisseaux du côlon sont à craindre dans ces cas là.

Il faudra aussi se montrer très réservé et même s'abstenir en présence d'ulcérations du tube digestif, dont il est toujours difficile de déterminer la profondeur ; l'on s'exposerait ainsi à une perforation.

La trop grande susceptibilité du tube digestif se traduisant par des douleurs violentes, des coliques persistant plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours après le lavage est de même une contre-indication tant que l'on n'aura pas calmé cette susceptibilité particulière par les différents moyens que nous offre la thérapeutique

INDICATIONS GÉNÉRALES.— On doit avoir recours aux lavages du côlon chaque fois qu'il y aura intérêt à obtenir les effets suivants ;

1°. *Sur l'intestin.*— Exonération de son contenu ; antiseptie intestinale, diminution des auto-intoxications ; modification de la tonicité et de

la contractibilité de la fibre musculaire lisse ; modification de la circulation intestinale.

2 *Sur l'organisme en général* — Modification sur la circulation dans le domaine des veines caves.

INDICATIONS PARTICULIÈRES.— *Constipation*.— Le lavage du côlon n'est guère employé que dans la *constipation chronique*, qu'elle soit *symptomatique* (par obstacle mécanique : rétrécissement, compression par tumeur voisine) ou qu'elle soit *habituelle* (par modification de la contraction musculaire de l'intestin).

Dans la *constipation symptomatique* le lavage du côlon permettra de ramollir les matières agglomérées et durcies en amont de l'obstacle. Ce dernier pourra être ainsi franchi par ces matières entraînées par l'eau du lavage. Il y aura intérêt, souvent, à ne pas mettre en jeu une contraction exagérée du tube digestif. Dans ce cas, on emploiera de l'eau chaude ou seulement tiède et en quantité juste suffisante pour ne pas dilater l'intestin. Dans ce genre de constipation, le lavage du côlon ne saurait être utilisé que comme moyen palliatif.

Dans la *constipation habituelle*, il doit être considéré comme un moyen curatif. Dans la constipation par *atonie* on aura recours à des lavages très chauds peu abondants. On obtiendra ainsi la contraction de l'intestin à l'aide du calorique seul sans augmenter sa dilatation, il sera bon de temps en temps de suspendre cette pratique de peur d'habituer trop l'intestin à ne se contracter que sous l'influence du calorique.

Dans la constipation par *spasme*, on s'efforcera de diminuer la trop grande contractilité du tube digestif par des lavages tièdes en quantité croissante avec la tolérance du tube digestif. Dans l'*entéro colite muco-membraneuse* la technique du lavage variera avec le genre de constipation existant. et la nervosité du malade.

DIARRHÉES.—A) *Diarrhées nerveuses*.— La pathogénie étant la même que pour la constipation spasmodique, les indications à remplir et le procédé employé seront les mêmes que pour cette dernière affection.

B) *Diarrhées infectieuses* (spécifiques ou banales : fièvres typhoïdes, dysenterie sporadique, choléra, choléra nostras ; diarrhée verte).

Dans ces cas, les lavages froids ou tièdes permettront d'assurer l'élimination des toxines par les urines, en même temps qu'ils pallieront la spoliation de l'eau de l'organisme.

OBSTRUCTION INTESTINALE PAR VOLVULUS OU INTUSSUSCEPTION. Plusieurs tentatives de lavage suivies de succès ont été faites dans ces cas par les médecins américains.

AFFECTIONS HÉPATIQUES.—Les propriétés cholagogues et diurétiques des lavages froids du côlon ont été et sont d'un usage fréquent dans les cas d'ictère par rétention ou d'ictère infectueux.

M. FROUSSARD

(*La Presse Médicale*)

Echo du Banquet du 26 Juin 1902

Réponse à la Santé des Sociétés Médicales.

Par le DR C. R. PAQUIN, de Québec.

M. le Président,

Messieurs,

Il y a deux ans, dans une circonstance à peu près analogue, j'avais l'honneur de proposer au nom de la Société Médicale de Québec, une santé de bienvenue aux Sociétés Sœurs. Malheureusement une seule répondait à l'appel : c'était la Société Médicale de Montréal, pour la raison excellente qu'il n'en existait pas d'autres en ce moment par toute la Province. Aussi avons-nous cru devoir exprimer vivement le regret que le nombre de ces associations médicales fut aussi restreint à la fin du vingtième siècle et avons-nous cherché les causes qui paralysaient depuis si longtemps les efforts des mieux disposés.

D'un autre côté nous exprimions l'espoir que la Convention d'alors serait le point de départ d'une ère nouvelle pour l'honneur et l'avantage de notre profession en ce pays ; que les Sociétés régulièrement organisées verraient avant longtemps grossir le nombre de leurs adhérents, que le

succès serait rendu plus facile à ceux qui prendraient de nouvelles initiatives et, qu'enfin, pour tout couronner, chaque district aurait dans un avenir rapproché un comité d'études médicales où tout médecin pourrait à loisir s'occuper d'une façon plus efficace des intérêts de notre profession.

Eh bien, Messieurs, n'est-il pas vrai, que ce désir a été partagé, par le plus grand nombre et que les choses ont bien changé depuis cette époque. Cette convention a eu évidemment un effet on ne peut plus salubre sur tous les esprits, puisqu'on a compris l'importance qu'il y avait, pour l'avenir de notre profession, de savoir se grouper pour atteindre le but que nous avons tous en vue.

De fait, vit-on tout aussitôt surgir un peu partout des organisations de comté et de district dont les bases sur lesquelles on les a établies ne peuvent laisser aucun doute sur leur viabilité et leurs bons résultats.

Le temps est passé où les pronostics les plus fâcheux entouraient dès leur principe la naissance de ces associations médicales, où l'on disait que toute société en formation ne saurait vivre parce que d'autres n'avaient pu résister aux causes ordinaires de destruction. Tous comprennent, aujourd'hui, que ce langage n'est pas celui du progrès, que pour réussir, au contraire, pour vaincre les obstacles et applanir les difficultés même les plus insurmontables à l'origine, il faut savoir lutter sans cesse, sans jamais se laisser.

N'est-il pas vrai que jusqu'en ces derniers temps, les médecins ont vécu trop exclusivement dans l'individualisme sans s'occuper du succès de la cause commune et de la consolidation de notre édifice professionnel ?... Aussi la conséquence a-t-elle été que l'on s'est nuï sans cesse délibérément les uns aux autres, qu'on s'est trop souvent mal connu et même méprisé sans motif avoué, au point que notre profession a presque toujours été regardée par les politiciens, les hommes bien pensants et les autres professions libérales comme une quantité négligeable, incapable de porter les armes aux jours du danger, soit pour le succès des grandes causes, soit pour le triomphe des réformes sérieuses.

Mais aujourd'hui il est évident que nous pouvons tenir un autre langage car les perspectives ne sauraient nous tromper. Grâce au Conventum de 1900, au travail combiné des neuf sociétés médicales auxquelles il a donné le jour ; grâce à nos organes médicaux et aux fruits non-équivoques de ce premier Congrès, nous croyons que la partie est gagnée. Une des meilleures preuves que nous pouvons en donner, c'est que les plus pessimis-

tes, ceux-là mêmes qui d'ordinaire ne se rallient que lorsque le succès d'une œuvre est assurée, ont dû, en dernier ressort, se rendre à l'évidence sur l'opportunité de ce mouvement qui étonne fort tout un public peu habitué à de telles initiatives de la part de notre profession. L'adhésion des retardataires est plus que suffisante, il me semble, pour dédommager ceux qui ont été à la peine, de se mettre audessus de cet esprit de critique que l'on rencontre toujours infailliblement et aux mêmes heures et aux mêmes endroits.

Eh bien, Messieurs, je crois que la clairvoyance de ces derniers est le meilleur signe qu'une ère de prospérité durable s'ouvre sur notre organisation professionnelle. Aujourd'hui il ne peut être question, c'est entendu, que ces organisations qui surgissent de tous les points de la Province ayant pour mission de sauvegarder les intérêts locaux et ceux de la profession en général, puissent tomber dans l'oubli. Au contraire, tout indique qu'elles grandiront pour contribuer en tout et partout au triomphe de la cause commune, pour apprendre aux autres corps sociétaires et politiques que désormais on devra compter avec la profession médicale chaque fois qu'elle sera lésée dans le moindre de ses droits.

Si le Conventum de 1900 a pu faire germer tant d'idées fécondes en résultats, on est en droit de se demander qu'elle va être la résultante de l'organisation qui nous réunit en ces jours mémorables.

Pas n'est besoin d'être prophète pour entrevoir que de ce jour notre profession change d'époque absolument, et que l'avenir nous réserve bien des surprises.—Nous croyons sincèrement que cette Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est appelée à jouer le rôle le plus efficace dans l'histoire de la Médecine de notre pays.

Nous ne doutons pas que d'ici au prochain congrès chaque district au moins, saura s'organiser pour aider à la consolidation de l'œuvre entreprise et poursuivie aux prix des plus sérieux sacrifices.

Nous croyons, de plus, que le Bureau provincial de médecine qui tient dans ses mains le sort heureux ou malheureux de la profession médicale, saura prendre, dès la prochaine réunion de juillet, des mesures énergiques pour seconder les efforts des plus fervents dans la réalisation de leur louable ambition. Nous est avis que le Collège des Médecins pourrait faire énormément pour arriver à ce desideratum. Aussi un projet lui sera-t-il soumis à sa prochaine réunion pour aider de son influence et de son concours actif la réalisation d'un des buts fondamentaux de cette Association internationale.

Il n'est pas besoin d'appuyer plus longtemps n'est ce pas, sur l'utilité de ces associations médicales, car ce sont là, n'est il pas vrai, les plus puissants moyens propres à favoriser l'émulation et l'essor dans les études, à maintenir le niveau de l'éducation à la hauteur de tous les progrès, et à cimenter, par les liens les plus indissolubles, les bons rapports de confraternité dont le défaut a été de tout temps si préjudiciable à notre autonomie, si je puis m'exprimer ainsi.

Bien que la fondation des sociétés médicales de Comté n'apparait dans le programme de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord que comme un but accessoire, nous n'en sommes pas moins convaincus que ces deux éléments doivent être réunis par une étroite solidarité puisque notre grande Association générale doit en retirer dans l'avenir une partie de sa force et de sa vitalité.

Ces Sociétés d'études, en effet, bien que limitées à une sphère plus humble que l'Association et ses Congrès, n'en sont pas moins destinées à exercer une influence considérable sur le mouvement intellectuel et scientifique parmi nous, comme sur le niveau de l'éducation professionnelle en général.

Comme le disait si bien, un jour, Monsieur le Dr Brochu, c'est à ce foyer de ralliement que les médecins des districts ruraux surtout, jusqu'ici relégués dans un isolement funeste, sentiront renaître au sein de la bonne confraternité, l'émulation pour l'étude qui avait pu s'alanguir devant une clientèle peu rémunératrice.

Oui c'est évidemment dans ce milieu que peuvent se discuter avec le plus de profit, les questions d'intérêt local ou même général et que prendront naissance les courants d'opinion qui servent à promouvoir ces mouvements d'ensemble sur lesquels il est nécessaire quelquefois d'appuyer la revendication de nos droits et de nos privilèges.

C'est dans ces réunions confraternelles, ajoutait-il, que se développe le meilleur sentiment de solidarité et de dignité professionnelles et que ceux qui ont les aptitudes et l'amour du travail s'initient pour prendre un rôle plus ouvert dans les organes de la presse médicale ou dans les Congrès.

N'est-il pas vrai que c'est dans ce milieu, où chacun apporte le fruit de son travail et de son expérience, que se fait l'échange des idées qui mettent le praticien plus à même de résoudre les difficultés imprévues avec lesquelles il se trouve si souvent aux prises dans la clientèle, alors qu'il est laissé seul à lui-même.

Dans les hautes sphères où s'élaborent les découvertes et s'éclaircissent les grands problèmes de la science comme dans les sphères plus humbles où se complète l'éducation du praticien, ce sont, à la vérité, les sociétés d'études, disait encore Monsieur le Président, qui, par les travaux et faits d'observation que l'on y apporte, donnent l'orientation au mouvement scientifique et assurent le progrès de l'art et la vulgarisation des récentes découvertes

C'est donc à la faveur de ces deux compléments de notre organisation professionnelle que le médecin canadien français pourra atteindre le plus haut degré de perfectionnement dans son éducation scientifique, qu'il fera le plus d'honneur aux hautes institutions qui lui ont distribué le pain de la science et qu'il lui sera permis enfin d'accomplir la plus grande somme de bien que lui commande son sacerdoce humanitaire. A un point de vue plus large, c'est à la faveur de ces deux éléments de force et de progrès que notre corps professionnel canadien-français prendra le rang qu'il a le droit d'occuper vis-à-vis des autres groupes de nationalités différentes avec lesquels il doit rivaliser pour le bien. C'est encore pour la même raison que le médecin pourra acquérir ainsi le prestige et l'influence sociales qui lui sont nécessaires pour défendre ses privilèges et promouvoir la haute éducation. C'est ainsi qu'elle servira en définitive à consolider l'édifice de la nationalité canadienne française, que nous devons tous avoir à cœur de maintenir sur cette terre que nos ancêtres ont conquis à la civilisation.

Telle est, Messieurs, la claire vision du rêve ambitieux que tous nous devons former en ce moment pour l'avenir de notre profession médicale française en ce pays, et à la réalisation duquel je vous invite à boire avec des idées de science médicale, de patriotisme éclairé et de dévouement humanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Internat des hopitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. (Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Melle et rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII, Abdomen. — XVIII, Pancréas, Rate, Péritoine. — XIX, Reins, Urétères. — XX, Vessie et Urètre. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Accouchements. — XXIII, Organes génitaux de l'homme. — XXIV et XXV, Membre supérieur — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.