

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.— <i>Contribution à l'étude du traitement électrique des fibro-myomes utérins par la méthode Apostoli, par le Dr R. CHEVRIER (Suite et fin)</i>	561
<i>Des affections du nez comme causes fréquentes de l'asthme, par le Dr LAVIOLETTE</i>	584
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Gastralgie, gastrite chronique et ulcère simple (PETER)</i>	587
<i>Les épistaxis dans le mal de Bright (LAVERNY)</i>	592
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>Technique sur l'accouchement provoqué (TREUB)</i>	594
<i>De la fréquence de l'endométrite d'origine puerpérale (BOURSIER)</i>	595
PÆDIATRIE.— <i>Les grandes indications thérapeutiques chez l'enfant (SEVESTRE)</i>	600
<i>Broncho-pneumonie des enfants ; traitement</i>	604

(Voir la suite, page 5).

L'Antipyrétique, Analgésique et Anodin

— AMERICAIN —

UN SUCCÉDANÉ DE LA MORPHINE.

Une nouvelle Combinaison des Dérivés du Goudron
de Houille de la série C_nH_{2n-6}

Antikamnia

CONTRE LA DOULEUR

Employé contre la Sciatique, la Névralgie, le
Rhumatisme, les Névroses Menstruelles, la
Grippe et autres affections du même genre.
il produit le résultat voulu.

Le vrai produit ne se trouve que sous deux formes : " EN POUVRE," et en " TABLETTES
DE CINQ GRAINS." Echantillons gratuits et renseignements sur demande.

THE ANTIKAMNIA CHEMICAL CO.,
ST-LOUIS, Mo., U. S.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

EN GROS ET EN DETAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME
Carré Chaboillez
MONTREAL.

La maison J. LEDUC & CIE., qui vient de transporter son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est maintenant en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants et médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs seches. — Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste exécutées sous le plus bref délai.

Dr J. LEDUC & Cie

2052 & 2054, RUE NOTRE-DAME

CARRE CHABOILLEZ MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

FORMULAIRE.— <i>Alopécie ; Otalgie ; Goutte ; Fétilité de l'haleine ; Dyspepsie</i>	605
BULLETIN. — Amendements à la loi médicale.....	606
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.— <i>Desrosiers : Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie</i>	608
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES	610
VARIÉTÉS.....	614

BONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00, dont \$300.00 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte, M.D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

ASSORTIMENT COMPLET

— DE —

REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minerales,

Vichy, Contrexeville, etc.

L'EAU SULPHUREUSE " BONNE "

connue pour son efficacité dans les affections Catarrhales, Herpétiques, Rhumatismales et Strumcuses de la gorge, du Larynx et des Bronches ; aussi LA LIQUEUR CONCENTRÉE DE

Goudron de Norwege,

dont on connaît si bien les mérites.

LAVIOLETTE & NELSON,

(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)

MONTREAL.

Laboratoire Pharmaceutique

DE

DAUSSE AINÉ

DUBOÉ-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCESSEURS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI de PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au **CANTHARIDATE** de SOUDE



Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Cystite* à redouter).



Envoi d'Échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande, directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**

Dépôt à **Québec** : D^r Ed. MORIN & C^o. A **Montréal** : LAVIOLETTE & NELSON

ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU **Canada**.

PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue **Pravaz (modèle Le Brun)** pleine d'**Eucalyptine LE BRUN**, on guérit la **Phthisie**, les **Bronchites** et les **Catarrhes pulmonaires**.

L'**EUCALYPTINE LE BRUN** ne contient pas de Morphine

MALADIES DU CŒUR

Les **Dragées Tonico-Cardiaques LE BRUN**, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les **Maladies du Cœur**, les **Palpitations** et l'**Hydropisie** la plus avancée.

LE BRUN, Ph^m-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôtaires : à Montréal : LAVIOLETTE & NELSON ; à Québec : D^r Ed. MORIN & C^o, et dans toutes les principales Ph^m de Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromyomes utérins par la méthode Apostoli ;

par R. CHEVRIER, M.D. (d'Ottawa, Canada).

(*Suite et fin*)

VII

INCONVÉNIENTS ET DANGERS DU GALVANISME.

Nous glisserons rapidement sur les inconvénients que présente l'application de la méthode. Il serait sans doute puéril d'appuyer longuement sur une question de détails, mais nous la croyons toutefois digne au moins de mention.

Nous signalerons d'abord un inconvénient assez grand au point de vue de la technique, puisque les résultats obtenus sont sous le contrôle du bon fonctionnement de l'instrumentation. C'est la non-stabilité des appareils électriques. Ils se détraquent fréquemment et sans raison aucune, et cette considération est surtout importante pour le médecin éloigné des grands centres.

Vient ensuite la douleur et la fréquence des séances. Presque toujours les séances sont douloureuses. Nous avons vu souvent les femmes se plaindre et geindre fortement. Richelot rappelle l'histoire d'un cas où la femme criait et demandait grâce. Chaque séance pour elle était un supplice.

Ces souffrances sont causées par l'introduction forcée de l'électrode dans un canal souvent rétréci, ou de l'action même du courant. Elles atteignent parfois un degré tel qu'on doit se contenter de placer l'électrode à l'entrée du canal cervical. L'introduction est encore rendue impossible par l'atrésie du canal ou par les déviations fréquentes du col, antérieures ou postérieures. Les déplacements du corps utérin sous l'influence du néoplasme retentissent souvent sur le col lui-même, et c'est ainsi que quelques

électrothérapeutes, avides peut-être de se faire un nom, ont institué en méthode absolue un procédé accidentel.

En outre, au moment des séances, il y a une congestion marquée des organes génitaux. Le col devient turgescent. C'est là, de l'aveu des électrothérapeutes, un phénomène constant et qui persiste plusieurs heures. Des coliques l'accompagnent fréquemment.

Après les séances, il existe un malaise très prononcé et les femmes sont prises d'un écoulement séro-purulent qui peut devenir pénible.

Ce n'est donc pas sans raison que les électriciens ont insisté sur la nécessité de laisser reposer la patiente plus ou moins longtemps, après chaque séance, avant de retourner à sa demeure.

Mais ce sont là, nous l'avouons, des considérations quasi secondaires qui perdent toute importance en face des résultats obtenus, et nous nous hâtons d'en arriver aux dangers médiats ou immédiats auxquels expose la méthode Apostoli.

Electrolyse intra-utérine. — Accidents inflammatoires.—Il est au su de tout électricien que la galvano-caustie intra-utérine peut amener des accidents inflammatoires graves qui tiennent surtout, soit à des erreurs de diagnostic, soit à des fautes de technique, ou soit à des péchés contre l'antisepsie.

Dans les accidents de cette espèce imputables à l'électrolyse intra-utérine, nous pouvons établir quatre ordres de processus un peu différents :

- (1) Apparition de phlegmasies nouvelles.
- (2) Réveil de lésions paramétritiques, périmétritiques ou annexielles endormies.
- (3) Aggravation de lésions au début.
- (4) Enfin aggravation d'anciennes lésions pelviennes, annexielles ou utérines.

Les accidents du premier ordre sont heureusement assez rares, grâce aux lois rigoureuses d'antisepsie répandues partout. Puis il n'est peut-être pas facile de faire la part exacte entre les phlegmasies provoquées et celles qui ne sont que réveillées. D'ailleurs, au point de vue clinique il importe peu, et ces lésions révèlent le même caractère aigu et reconnaissent les mêmes causes.

Quoiqu'il en soit, les principes pathogènes peuvent se transmettre par la voie muqueuse, et la présence de l'eschare suppurative à l'intérieur de la cavité utérine favorise sensiblement la possibilité de cet accident. La désinfection

parfaite de la cavité utérine n'est pas chose facile à obtenir et surtout à maintenir, et les suppurations qui s'y opèrent sont rarement aseptiques. Les microbes virulents peuvent aisément progresser dans les trompes et y greffer des processus pathologiques divers.

Il est vrai que l'oblitération fréquente des orifices tubaires utérins est un obstacle à la propagation des éléments morbides par la voie muqueuse, mais c'est là une protection bien problématique.

La voie lymphatique peut aussi servir de voie de transmission aux microbes divers. On connaît bien l'influence qu'ont les lésions du col sur l'état des annexes, et les preuves ne manquent pas qui démontrent que des streptocoques ou des gonocoques partis du col ont pu, en suivant les vaisseaux lymphatiques, aller déterminer des ovarites primitives, suppurées ou non.

Le traumatisme et l'action caustique de l'électrode, quelque fois non stérilisé, sur un col malade neuf fois sur dix, peuvent certainement aider à la diffusion des éléments morbides qui y sont cantonnés et à l'apparition de phlegmasies nouvelles.

S'il fallait une autre preuve que cette explication théorique, nous citerions les paroles d'Apostoli au Congrès de Dublin, 1887. " En outre de deux décès, dit-il, sur 400 malades, j'ai de plus à accuser dix phlegmons péri-utérins *provoqués ou réveillés* par le traitement. (1)

Par le même mécanisme, le galvanisme peut amener le réveil de lésions à l'état latent et ne donnant lieu à aucun symptôme douloureux. En outre, la congestion occasionnée par chaque séance, les douleurs, fortes parfois, et la contraction des fibres utérines qui les accompagne ne sont pas sans influence sur l'exacerbation de phlegmasies endormies.

Les lésions pelviennes ou tubaires au début, pour les motifs invoqués plus haut, peuvent subir une aggravation plus ou moins marquée. Les trompes sont à parois musculaires, et sous le fait du courant galvanique éprouveront des contractions tendant à chasser l'épanchement qu'elles contiennent. Si l'ostium uterinum est oblitéré, le liquide, quel qu'il soit, trouvera issue dans la cavité péritonéale, et de là des accès fébriles, aigus, variables d'intensité. Si les deux orifices sont fermés, la muqueuse de la trompe stimulée sécrètera davantage, et le produit de ces sécrétions distendra les poches salpingitiques outre mesure et de là douleurs vives et autres phénomènes.

(1) *Bull. gén. de théor.*, (août 1887.)

Une endométrite septique et parfois, assez fréquemment, une pseudo-endométrite coexiste avec le fibrôme. La pseudo-endométrite n'est qu'une congestion marquée d'une muqueuse épaissie et à capillaires friables. Cette stase sanguine est due uniquement au voisinage irritant du néoplasme et non à la présence de microbes. Au cours du traitement électrique elle peut devenir virulente par des fautes d'antisepsie.

L'endométrite septique elle-même peut s'aggraver d'une manière inquiétante et prendre un caractère hémorragique ou purulent qu'elle n'avait pas auparavant. Les observations où même les hémorragies ont augmenté ne manquent pas à l'appui de ce que j'avance.

L'aggravation des lésions annexielles est tellement réelle et admise, que la présence de celles-ci est la seule contre-indication précise au traitement des fibro-myômes par le galvanisme.

Hémorragies. — Elles sont possibles à la suite des séances, surtout quand le pôle négatif a été intra-utérin. Les femmes à fibrômes douloureux, accompagnés de troubles menstruels, y sont plus prédisposées. On sait que l'électrode négative est très congestionnante, et c'est ce qui faisait dire à Danion, autrefois partisan, adversaire maintenant de la méthode Apostoli, "qu'il croyait utile de faire observer qu'on détermine parfois avec le pôle négatif des hémorragies des plus inquiétantes."

Apostoli lui-même dit qu'au début du traitement le pôle négatif peut augmenter les hémorragies existantes ou les produire si elles n'existent pas. Un peu de persévérance dans le traitement supprimerait bientôt ces pertes de sang. (1)

C'est une arme à double tranchant (Apostoli) dont le mode d'action est assez obscur et requerrait de plus amples détails pour satisfaire un esprit tant soit peu inquisiteur.

Certaines hémorragies peuvent avoir pour point de départ une application trop prolongée de l'électrode intra-utérine dont l'action devient à la fin cautérisante et qui parfois va jusqu'à ulcérer la muqueuse friable dans toute son épaisseur. Ces cautérisations peuvent comprendre des vaisseaux d'un volume assez important ou ouvrir dans la cavité utérine des portions kystiques ou vasculaires d'un néoplasme ramolli ou dégénéré.

Nous avons été à même d'examiner un utérus enlevé par hystérectomie abdominale qui présentait à la face supé-

(1) Thèse Carlet, 1884.

rière de son endometrium une large surface d'ulcération, à bords assez profonds et taillés à pic. Cette femme avait été soumise à un traitement électrique qui avait été suivi à courte échéance d'une hémorrhagie terrible. C'est la quantité de sang perdu et la crainte d'une seconde hémorrhagie qui eût certainement emporté la malade qui rendent urgente l'ablation de l'utérus.

En face des caractères particuliers de l'ulcération, on a pu assurer que l'électrolyse l'avait produite et que le sang avait dû filtrer à travers cette ouverture béante.

Atrésie.—L'atrésie corporelle est exceptionnelle, mais l'atrésie cervicale est un fait presque constant. Elle se manifeste souvent dès les premières séances et dès le début du traitement l'introduction de l'hystéromètre devient douloureuse et difficile.

Nous voulons bien croire que cette atrésie est ordinairement peu prononcée et disparaît sous un traitement approprié avec assez de facilité. Mais ce que nous sommes moins disposé à admettre, c'est que ces atrésies—qui dans nombre de cas permettent à peine de passer une sonde filiforme—ne soient jamais accompagnées de dysménorrhée. Car souvent des atrésies qui n'atteignent pas le degré ci-dessus mentionné ont été accusées d'être la cause déterminante de troubles menstruels, surtout dysménorrhéiques, et il n'est pas, à notre avis, logique d'admettre que tous les gynécologues qui ont prétendu avoir guéri des dysménorrhées en supprimant des atrésies plus ou moins prononcées aient tous fait des erreurs de diagnostic, à moins de prétendre que les atrésies dues au galvanisme diffèrent essentiellement des atrésies produites par d'autres caustiques ou par la rétraction de surfaces cruentées, ce que les électrothérapeutes n'osèrent sans doute faire.

D'ailleurs, après avoir affirmé la bénignité de ces atrésies, Déléang ajoute qu'il est à propos de prévenir les malades de la possibilité de complication de la dysménorrhée, et de les engager à aller trouver un médecin si la sortie du sang menstruel devenait douloureuse. (1)

Ce conseil n'est sans doute pas—du moins nous aimons à le croire—une simple banalité, et prouve bien la possibilité de l'accident dont nous parlons et qui en somme doit être plus fréquent qu'on semble vouloir le dire.

Accidents dus à la galvano-puncture.—Ils sont plus fréquents et plus graves que ceux produits par la galvano-caustie intra-utérine.

(1) *Loc. cit.*

La galvano-puncture détermine souvent des péritonites quelquefois mortelles par la perforation du cul-de-sac de Douglas ou de pyosalpinx.

Des vaisseaux importants peuvent être facilement perforés.

En outre, les viscères pelviens sont exposés à être blessés. La vessie est aisément ouverte, et dans le cas de ponctions antérieures on conseille de s'entourer de nombreuses précautions. Même on recommande de s'abstenir tout à fait de ponctions dans le cul-de-sac antérieur.

Les poches salpingitiques sont parfois crevées, et c'est surtout avec la galvano-puncture que les erreurs de diagnostic deviennent funestes. Des kystes ovariens ont été ponctionnés et leur suppuration a amené des cas de mort.

La septicémie est un autre accident de la galvano-puncture. La tumeur trop fortement attaquée se mortifie d'abord et se sphacèle bientôt, et la femme ne tarde pas à présenter des symptômes aigus d'infection.

“ On doit prendre un grand soin, dit Criado, à ne pas percer aucun vaisseau important, la vessie ou le cul de sac de Douglas, et à ne pas produire avec la ponction des accidents non prévus.” (1)

Melle Jakubowska dit que la galvano-puncture constitue un procédé dangereux, car elle peut intéresser le péritoine en créant un foyer de suppuration à élimination et antiseptie impossibles. (2) Et voici les précautions qu'elle recommande.

(a) Ponction peu profonde.

(b) Abstention d'intervention dans le cul-de-sac antérieur.

(c) Éviter les vaisseaux artériels.

(d) Prescrire à la femme après chaque séance plusieurs jours de repos au lit.

(e) Défense de coït.

(f) Antiseptie parfaite.

Apostoli compte dans sa statistique un cas de mort pour ponction trop profonde, et ce procédé est si entouré de dangers que Bröse, de Berlin, et Délétang, malgré leur grande foi au galvanisme, n'osent pas y recourir.

Nous traduisons enfin ces quelques lignes d'un travail du Dr Kellog (Battle Creek, Mich.).

“ L'inflammation pelvienne qui suivait l'application du

(1) *Brooklyn Med. Journal*, April 1891.

(2) *Loc. cit.*

courant en dépit des plus minutieuses précautions d'antiseptie m'a fait abandonner cette méthode. Mais depuis, j'ai appris du Dr Apostoli lui-même, lors de ma dernière visite, qu'il employait la galvano-puncture bien moins fréquemment qu'auparavant. Je considère, pour ma part, ce procédé bien plus aveugle et dangereux. (1)

Dolérís, dès 1887, avait signalé dans les *Nouvelles Archives de Gynécologie et d'Obstétrique* les divers accidents que nous venons de passer en revue.

Mortalité.—Il nous semble à propos de mentionner les cas de mort dus au galvanisme.

Sans doute la question de mortalité est très controversée, mais ce n'est pas notre intention de nous attarder à suivre dans leurs discussions interminables les adversaires ou les partisans de la méthode Apostoli.

Nous ferons cependant remarquer que la polémique se fait uniquement entre des électrothérapeutes préconisant chacun des procédés opératoires différents.

D'ailleurs il n'est pas facile d'établir une moyenne exacte de la mortalité, vu le nombre restreint de cas sur lesquels porte la statistique de certains électriciens.

Apostoli a donné comme moyenne 1 pour 100. Ce sont là, nous l'avouerons, des chiffres assez brillants, mais de son côté Danion a déclaré devant l'Académie de médecine que la mortalité par la méthode Apostoli s'élevait à Paris à plus de 4 pour 100. Danion a attaqué vivement l'exactitude des chiffres donnés par Apostoli. La question n'est pas encore tirée au clair.

Lawson Tait, de Birmingham, avoue avoir eu trois morts sur 15 malades traitées.

Gautier, dans sa première statistique, accuse 1½ pour 100 de mortalité.

Délétang sur 17 observations personnelles n'a pas eu de cas malheureux.

Homans, sur 34 cas, a eu 3 morts dont une tardive. (2)

D'après ces quelques chiffres nous voyons que la mortalité est évidemment plus élevée qu'on ne le croirait au premier abord. Et s'il fallait tenir compte au galvanisme des morts éloignées qu'il a occasionnées indirectement chez des femmes électrisées pendant longtemps et opérées chirurgicalement alors qu'elles étaient cachectiques et privées de toute force de résistance au shock opératoire, le pronostic deviendrait bien plus sombre encore.

(1) *Time and Register*, Jan. 1891.

(2) *Treatment of fibroid tumours of the uterus (Apostoli's method)* 1891.

Sans doute on pourrait nous opposer de longues séries de femmes galvanisées sans une seule mort. Mais ça n'effacerait pas les cas malheureux survenus, et bien que nous ayons la conviction que la mort est exceptionnelle, nous avons aussi celle qu'elle peut survenir en dépit de toutes les précautions et indépendamment des connaissances dont on peut disposer. C'est ce point que nous voulons établir.

Nous mettons à profit cette occasion de comparer la statistique des opérations sanglantes à celle de l'électrothérapie, et en même temps de nous élever contre ce procédé évidemment entaché d'ignorance ou de mauvaise foi de la part des électriciens lorsqu'ils citent pour les interventions chirurgicales une statistique déjà ancienne et depuis longtemps améliorée. Encore dans le numéro de février 1891 de la *Revue Internationale d'Electrothérapie*, dans un parallèle des pronostics dans l'une et l'autre méthode, M. Gand reproduit les chiffres de mortalité recueillis en 1885 par Vautrin. La castration, dit-il, donne 13 à 14 0/0 de morts. Cette statistique est de l'histoire ancienne et aujourd'hui la mortalité ne dépasse guère 3 0/0. C'est là une différence digne, croyons-nous, d'être soulignée.

La dernière statistique de Lawson Tait (nov. 1890), portant sur 271 cas de myômes traités par l'ablation des annexes, n'accuse que 6 cas malheureux, c'est-à-dire une mortalité de 2 $\frac{1}{2}$ 0/0. (1)

Dolérís n'a pas de mort à la suite d'ablation des annexes pour les myômes utérins.

Richelot, sur quinze malades traitées par la castration, eut un cas de mort qu'il dit n'être pas imputable à l'opération elle-même. (2)

Le Dentu et Jacobs (Bruxelles) dépassent à peine 3 0/0 de mortalité.

Pozzi n'a qu'une infime mortalité.

Lucas-Championnière a fait à l'hôpital St-Louis une longue série de laparatomies sans une seule mort.

Bien qu'un parallèle ne soit guère possible entre le galvanisme et la castration, vu la nature toute opposée de leur technique, le galvanisme étant plutôt sur un pied d'égalité si on le compare aux opérations de la petite gynécologie, les chiffres ci-dessus font bonne figure, même à côté de ceux que fournit l'électrothérapie.

(1) *British Med. Journal*, nov. 1890.

(2) *Electricité, Castration etc.* 1890.

Ce sont ces chiffres qui possèdent un certain intérêt et que messieurs les électriciens sont tenus de savoir, et s'ils veulent établir des comparaisons qui aient du poids, qu'elles soient au moins fondées sur les résultats de la chirurgie actuelle.

Quant aux autres interventions radicales, myomotomie, hystérectomie, bien que la statistique ne soit pas aussi brillante que celle de la castration, elle est loin encore des chiffres publiés dans la *Revue d'Electrothérapie*. (loc. cit.)

A simple titre de renseignement, nous donnons la statistique la plus récente que nous connaissions des principaux chirurgiens :

Terrillon, (hystérectomie),	Mortalité : 11 p. cent	(1)
Richelot	" 19	" (2)
Pozzi	" (stat. gén.) 23 à 25	" (3)
Gill Wylie	" 10	" (4)
Olshausen	" 22.2	" (5)
Martin	" 18	" (6)
Léopold	" 20	" (7)

Fritsch a fait 60 hystérectomies, avec 8 morts seulement.

Doléris a fait 8 hystérectomies et 8 énucléations par la voie abdominale sans un seul cas de mort. (8)

Terrier seul apporte une statistique très sombre, chiffrant la mortalité à 45 pour cent, et c'est celle-là que messieurs les électriciens choisissent comme terme de comparaison.

Nous reconnaissons volontiers que si le parallèle était possible, il serait tout à l'avantage du traitement palliatif.

Mais il faut aussi avouer que la bénignité du galvanisme disparaît en face des résultats acquis par le traitement radical qui compensent amplement les dangers auxquels il expose.

D'ailleurs, quelque soit le chiffre de la mortalité qu'il risque d'atteindre, le chirurgien, avant tout, doit être guidé dans sa décision opératoire par les indications ressortant à la fois et des caractères du néoplasme et de l'état général de la malade. Les considérations d'âge et de procréation

(1) *Revue de chirurgie*, déc. 1890.

(2) *Revue de chirurgie*, déc. 1890.

(3) *Traité de gynécologie*.

(4) *Am. j. of obst.*, oct. 1889.

(5) *Zeitsch. f. Geb. and Gyn.* T. XX. 1890.

(6) *Idem*.

(7) *Idem* 1891.....

(8) Voir R. Chevrier, "*Enucléation par la voie abdominale*."

ultérieure auront aussi leur poids. Ni le préjugé, ni la peur, ne doivent entraîner le choix longuement mûri de la conduite à suivre.

Afin de confirmer la majeure partie de nos propositions, à savoir les dangers de la méthode Apostoli, nous donnons ci-dessous les observations résumées de quelques cas malheureux que nous avons recueillis.

OBS. I.—*Electricité vaginale—Cinq séances—Péritonite—Mort.*
—DR GAUTIER.

La malade présentait des masses fibreuses très développées et adhérentes au petit bassin. Col inaccessible, en antéversion exagérée, douleurs vives et impotence complète. Elle subit 5 séances de courant continu, l'électrode vaginale étant protégée par un tampon de coton hydrophile. Quatre jours d'intervalle entre chaque séance. Intensité: 40 à 60 milliampères.

Après la 5ième séance elle quitte Paris et succombe trois jours après aux suites d'une péritonite aiguë attribuée à la rupture d'un pyosalpinx méconnu. (1)

OBS. II — *Fibrome mou — Electro-puncture — Septicémie — Hystérectomie—Mort.*—DR DOLÉRIS.

Tumeur volumineuse. Ancien écoulement de liquide séro-sanguinolent très abondant. Série d'électro-punctures par Apostoli. Aggravation de l'état de la malade. Accidents septiques intenses. Putréfaction des parties mortifiées par l'action caustique de l'électrode. Fièvre intense, suintement fétide, faiblesse extrême.

L'opération est jugée urgente. Hystérectomie et morcellement par le Dr Doléris. La tumeur, enlevée en deux séances, est entièrement putréfiée jusqu'à son pédicule. Il existait des trainées de tissu décomposé au travers de parcelles volumineuses de tissu résistant et inaltéré. La malade mourut. (2)

OBS. III.—*Gros fibrome dur—Galvano-caustie positive intra-utérine—Septicémie—Mort.*—DR HOMANS.

Melle C... Tumeur à évolution rapide et dépassant bientôt l'ombilic. Hémorrhagies peu intenses. Rétroversion du

(1) Courant continu en gynécologie, 1890.

(2) Secheyron. Hystérectomie vaginale, 1888.

col. Introduction difficile de l'électrode. Dosage jusqu'à 150 m. Pôle négatif d'abord, puis pôle positif. Séances douloureuses.

Après la 6ième séance, souffrances aiguës et vomissements. On donne de la morphine. La température est élevée les jours consécutifs. Respiration rapide. Langue sèche et sale. Diarrhée forte. Douleurs dans le côté, le bras et l'épaule. Délire. Enfin la malade meurt avec tous les symptômes de la septicémie aiguë. (1)

OBS. IV—*Tumeur enclavée—Ascite—Perforation de la vessie. —Echec—Dr MALHERBE cité par DÉLETANG—(Nantes).*

Mlle D... âge : 27 ans. Grosses masses néoplasiques occupant tout le petit bassin—18 ponctions. Résultats négatifs. Nouvelles ponctions avec pôle négatif (100 mill.). Après la 5ième séance, chute d'une eschare créant une fistule vésicovaginale. Traitement interrompu. Progrès de la tumeur et de l'ascite. Mort environ un an après l'accident. (2)

OBS. V—*Fibrome du volume du poing—Séances d'intensité moyenne—Peritonite aiguë—Dr POISSON cité par DÉLETANG.*

Mme G... 50 ans. Tumeur hémorrhagique. Deux séances bien supportées—50 à 100 mill. Le lendemain de la 3ième séance, péritonite aiguë localisée. Menaces de phlegmon. Rétablissement de la malade, mais le traitement n'est pas repris. (3)

OBS. VI — *Fibrome—Electrolyse—Aggravation—Dr COE (New-York).*

Tumeur de moyen volume. Hémorrhagies et douleurs s'accroissent. Traitement prolongé. Echec complet. On pratique la castration et l'état de la malade est tout de suite amendé. (4)

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

(4) *New-York Obst. Soc.*, jan. 1890.

OBS. VII.—*Tumeur volumineuse—Galvano-puncture—
Phlébite—DR HOMANS.*

Mme McK... Fibrôme dépassant l'ombilic de 4 pouces. Au début, plus développé à gauche, mais bientôt égal de volume des deux côtés. Antéversion du col. Galvano-puncture, 50 mill., 8 minutes. Cinq jours après, seconde ponction à 40 mill. Séance de 7½ minutes. Trois jours après cette dernière séance, douleurs vives dans la jambe et la cuisse gauches. Ces douleurs s'accompagnent d'œdème et d'anémie. Le lendemain, la jambe est très gonflée et douloureuse. La malade se rétablit de cette phlébite après trois mois d'un traitement approprié. Elle refuse d'essayer l'électricité à nouveau. (1)

OBS. VIII.—*Tumeur emplissant le bassin, mais mobile—Pôle positif—Hémorrhagies—DR HOMANS.*

M. F... 45 ans. Fibrôme très développé et à plusieurs lobes. Le 20 Avril 1888, première séance. L'introduction de l'électrode est suivie immédiatement d'une hémorrhagie excessive que le pôle positif à une intensité de 80 mill. n'est pas parvenue à contrôler. Séjour de deux jours à l'hôpital. Traitement suspendu. La malade meurt un mois après, de pneumonie.

OBS. IX.—*Tumeur arrivant au niveau de l'ombilic—Electrolyse—Septicémie—Enucléation spontanée—
Guérison—DR HOLLAND.*

Mme C..... 36 ans. Fibrôme diffus. Hystérométrie : 16 à 18 cent.

Après plusieurs applications du courant négatif d'abord et positif ensuite, survient un mouvement fébrile marqué. Température 39°. Cet accès fébrile dure 10 jours. Écoulement vaginal fétide. Douleurs abdominales. Après ce laps de temps, expulsion d'une masse de tissu nécrosé. Deux jours après, nouvelle élévation thermométrique (40°) qui dure 48 heures et se termine par l'expulsion de la seconde moitié de la tumeur gangrenée. La femme s'est rétablie lentement.

OBS. X.—*Fibrome interstitiel—Traitement électrique—
Ménorrhagies—DR HOMANS.*

Mme B..... 24 mars 1888. Tumeur de la paroi antérieure.

(1) *Loc. cit.*

Troubles menstruels. Cavité mesurant 11 cent. Electrolyse intra-utérine négative. Diminution rapide de la tumeur, mais apparition d'un nouveau symptôme, c'est-à-dire, des ménorrhagies.

OBS. XI — *Fibrome traité par le galvanisme — Aggravation — Hystérectomie — Guérison — DR. PRYOR.*

Mme X..... 48 ans. Séances tous les quatre jours, à 150 mill. Les pertes sanguines augmentent, et, à plusieurs reprises, attaques de pelvi-péritonite grave. Traitement prolongé ayant duré près de 3 ans sans résultat aucun. Dépérissement et aggravation des symptômes. Hystérectomie. Guérison. (1)

OBS. XII — *Petit fibrome — Electrolyse — Atrésie cervicale — DR DÉLÉTANG.*

Mme H....., 37 ans. Hémorrhagies dues à la présence d'un noyau néoplasique minuscule (?). Huit séances seulement. Les pertes cessent et n'ont pas reparu—mais il a fallu, depuis, à plusieurs reprises, dilater le canal cervical atrésié et produisant des troubles menstruels.

OBS. XIII — *Fibrome interstitiel — Hystérométrie : 14 cent — Péritonite — Reprise du traitement électrique — Demi-succès — APOSTOLI.*

Mme J....., 43 ans. Tumeur hémisphérique, de consistance molle. Douleurs abdominales et règles abondantes. Vertiges. Nausées. Anémie. Galvano-caustiques négatives. Intensité 100 mill. Après la 4^{ème} séance, poussée inflammatoire simulant une péritonite, analogue aux accès antérieurs. La malade reste 8 jours au lit. Trente jours après, 5^{ème} séance, à la même intensité, suivie d'une autre crise douloureuse. Changement de pôle et amélioration progressive de l'état de la malade. Toutefois, douleurs peu amendées et leucorrhée persiste. (2)

Nous pourrions, s'il était nécessaire, continuer cette énumération de cas où des accidents se sont produits. Notre but étant de prouver simplement qu'ils existaient, nous ne voulons pas le dépasser.

(1) *N.-York Obs. Soc.*, jan. 1890.

(2) Melle Jakubowska, loc. cit.

Sans doute ces exemples d'accidents survenus, quelque nombreux qu'ils puissent être, n'infirmen en rien les bons résultats obtenus à la faveur du galvanisme, pas plus que certaine classe d'accidents différents ne déconsidèrent nullement une intervention chirurgicale. Nous avons cru toutefois d'attirer l'attention sur des dangers réels inhérents à la méthode Apostoli, et qu'on évitera d'autant mieux qu'on les méconnaîtra moins.

A la suite de cet exposé, il est logique de conclure que l'application de la méthode Apostoli demande du tact et des précautions. Elle a ses dangers et une statistique de mortalité assez forte pour exiger du médecin qui veut y recourir une connaissance parfaite de la technique à suivre, des indications de tel ou tel pôle, des précautions antiseptiques ou autres à prendre, et surtout une certaine habileté de diagnostic qu'une grande pratique seule peut donner.

Pour ce qui est de la galvano-puncture, peu en vogue d'ailleurs, nous dirons comme les électrothérapeutes eux-mêmes, que c'est un procédé extrêmement délicat et qui ne devra être employé que sur des indications spéciales et précises

VIII

MÉDIOCRITÉ DE SES RÉSULTATS.

Nous opinons dans le sens de Gill Wylie et de beaucoup de chirurgiens encore qui croient que le procédé d'Apostoli a été surecoté.

En outre de notre expérience personnelle, nous avons, dans la lecture attentive des observations publiées par les partisans du traitement électrique des tumeurs, cru trouver la preuve évidente de ce que nous affirmons.

Nous avons aussi eu l'occasion de voir nombre de malades qui, en dépit d'un traitement prolongé par le galvanisme, n'avaient présenté même aucune amélioration locale. Les hémorragies et les douleurs avaient persisté. La leucorrhée souvent était plus abondante. Dans les cas que nous avons pu suivre, jamais nous n'avons constaté la diminution de la tumeur. Quelques-unes de ces malades pourtant se sentaient plus fortes et améliorées au point de vue de l'état général.

Nous avons pu nous convaincre que dès que le traitement était suspendu, fréquemment les symptômes observés antérieurement se renouvelaient.

Plusieurs femmes longtemps électrisées par Apostoli et d'autres électriciens ont du réclamer une opération radicale afin de mettre un terme à des souffrances et à un épuisement que l'électricité appliquée avec persévérance n'avait nullement modifiés. Encore ces jours-ci (20 mai 1891), nous avons vu faire à M. Péan, à sa maison de la rue de la Santé, une hystérectomie vaginale pour un fibrome utérin qui s'était montré réfractaire à l'influence heureuse du courant galvanique—altérant ou énucléateur—et qui occasionnait chez la femme de redoutables pertes sanguines qui la retenaient loin de ses occupations.

Voici le résumé que nous a donné l'analyse successive des quelques mémoires que nous avons sous la main.

Le Dr Délétaing publie une statistique de 32 observations dont 16 personnelles. Dans 5 de ces dernières, il a noté une diminution de la tumeur. Le fibrome a augmenté de volume une fois et le volume n'a pas varié dans les autres cas.

Pour ce qui est des douleurs et des hémorragies, il eut 4 échecs, dont 3 complets.

Les 16 autres observations ont donné les résultats suivants : Il faut remarquer que 11 fois seulement les hémorragies étaient présentes. Sur ces 11 cas, il y eut 8 cas de guérison, 2 cas d'insuccès et 1 cas de retour. En outre, cette statistique comprend une perforation de la vessie et une énucléation de corps fibreux.

En tout il y eut 6 cas où le traitement échoua entièrement.

Melle Jakubowska a donné le compte-rendu de 13 cas de fibromes traités par Apostoli.

La diminution du volume des tumeurs n'a été notée que 3 fois. Elles ont augmenté dans 2 cas seulement. Dans 2 autres cas les douleurs ont persisté. Les hémorragies ont été guéries dans tous les cas, à une exception près.

Une des malades a eu un accès de péritonite, presque toutes ont souffert de semi-atrésies plus ou moins accentuées et il y eut aussi un cas d'énucléation de la tumeur, précédée de quelques troubles de température, etc.....

Brûse sur 10 cas eut 8 cas de guérison des hémorragies. Il compte deux insuccès complets, dont l'un en dépit de 40 séances de galvanisation.

Sur 6 autres cas non hémorragiques, il y eut diminution de la tumeur deux fois, et les douleurs ont été supprimées.

Voici les conclusions du travail de Homans—comprenant l'histoire de 34 cas de néoplasmes :

Volume de la tumeur diminué dans 3 cas ;
 Augmentation de la tumeur dans 11 cas ;
 Tumeur restée stationnaire dans 15 cas ;
 La santé a été améliorée dans 15 cas ;
 Diminution des hémorrhagies dans 9 cas ;
 Aggravation des hémorrhagies dans 6 cas ;
 Hémorrhagies non-influencées dans 12 cas ;
 Marche moins pénible dans 16 cas ;
 Aggravation des douleurs dans 2 cas ;
 Atténuation des douleurs dans 6 cas ;
 Mort sans traitement, 1 cas ;
 Morts peu après le traitement, 2 cas.

Dans 20 cas de fibromes traités par la méthode Apostoli à titres d'expérience, Doléris n'a observé en aucune façon ni la disparition de la tumeur, ni même sa diminution sensible, malgré l'intensité des courants employés. Dans les rares cas où il y a eu diminution, le résultat n'a pas persisté. Les douleurs n'ont pas été modifiées sensiblement. Les hémorrhagies, influencées au début, ont reparu une fois le traitement suspendu.

Le seul avantage qu'il reconnaît à l'électricité c'est d'être un tonique général, favorable à la nutrition et à la récupération des forces.

Laphorn Smith (de Montréal), croit beaucoup au galvanisme et invoque pour expliquer son heureuse influence son action tonique nerveuse activant les échanges et facilitant la résorption des exsudats péri-myomatoux.

En somme, on peut conclure de tout ce qui précède que la santé générale est améliorée, que les métrorrhagies sont souvent supprimées, que les menstrues sont régularisées, mais que les douleurs sont plus rebelles et que le volume des tumeurs n'est pas diminué, ni leur croissance empêchée.

Et la grande objection c'est le retour des phénomènes pathologiques dès la suspension des séances et la nécessité d'appliquer un traitement continu pour maintenir des résultats obtenus.

De plus, on a fait cette remarque qui ne manque pas de justesse, que puisque le néoplasme n'était pas supprimé, sa présence au milieu du tissu utérin était une menace continue pour la santé de la femme. Sans doute, tant que dure le traitement ce danger n'existe pas, mais qui empêchera la réapparition des lésions premières lorsqu'elles seront sollicitées par un ensemble de circonstances morbides analogues à celles que le galvanisme a corrigées ?

Sous le fait de l'électricité la muqueuse est restaurée, le

parenchyme utérin tonifié, stimulé, s'oppose à l'envahissement du tissu néoplasique qu'il circonscrit ou tend à expulser. C'est ce qui constitue l'amélioration de la femme et l'atténuation des symptômes qu'elle présentait.

Mais qu'une nouvelle infection intra-utérine ait lieu, qu'il y ait altération de la muqueuse, inflammation et flaccidité du muscle utérin, si le traitement électrique est supprimé, nous nous demandons pourquoi les mêmes lésions reconstituées ne donneraient pas naissance aux mêmes phénomènes constatés antérieurement.

Nombre de faits cliniques viennent à l'appui de cette considération.

Pour ce qui est de l'énucléation des tumeurs sous l'influence du courant, elle devient impossible ou dangereuse pour les larges fibromes logeant dans une portion considérable du parenchyme utérin et pour les néoplasmes non encapsulés, fusionnés intimement aux tissus sains. Quant aux petits et moyens fibromes, cette éventualité est toujours problématique et n'est pas dénuée elle-même de dangers. Il lui faut toujours d'ailleurs le secours de la chirurgie.

Pour les néoplasmes de ce calibre, combien nous préférons à ce procédé, en somme peu scientifique, plutôt aveugle, au but mal déterminé, long et ennuyeux, une intervention rapide, réglée, débarassant la femme d'un seul coup et s'accompagnant de peu de dangers entre des mains habiles, c'est-à-dire—l'énucléation par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

La mortalité n'a aucune signification d'ailleurs, et l'on ne peut appeler bénin un traitement qui ne tue pas, mais qui laisse mourir.

Richelot reconnaît que l'électricité est le meilleur des palliatifs, mais il est d'avis que la première condition pour qu'elle réussisse c'est l'âge voisin de la ménopause.

“La castration ovarienne, dit-il, réussit plus souvent et plus définitivement.” (1)

Lawson Tait est l'adversaire déclaré de la méthode Apostoli, et cette position du grand chirurgien de Birmingham a certainement quelque signification. Les résultats qu'il a obtenus par le courant galvanique expliquent assez sa manière de voir.

Nous voulons opposer à ces derniers les résultats définitifs qu'il a obtenus par la castration.

Sur 271 laparotomies, il enregistre 6 morts et 8 succès.

(1) *Loc. cit.*

Avant l'âge de 10 ans, 70 p. c. des tumeurs disparaissent complètement.

Entre 10 et 45, elles diminuent d'une manière très sensible.

Après 45 ans, la diminution ne dépasse pas $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{3}$ du volume.

Cette règle souffre pourtant des exceptions.

“ L'opération, dit-il, ne soulage pas seulement, elle guérit entièrement et d'une manière permanente.” (1)

Les électriciens peuvent-ils en dire autant de leur méthode ? Sans doute la castration a des échecs, mais ce n'est pas là une preuve de l'efficacité de l'électricité. Car il est loin d'être vrai que le galvanisme doive réussir là où la castration n'a pas réussi. Nous avons lu plus souvent l'histoire de cas où l'électricité ayant échoué, on pratiqua la castration qui, de suite, apporta une amélioration marquée à l'état de la malade.

Dans les observations qui précèdent et celles qui suivent, l'on verra des pièces justificatives suffisantes, dont nous aurions pu augmenter le nombre si nous l'avions eu nécessaire—de la manière que nous avons envisagé la question du courant galvanique.

Obs. I. (Inédite) — Mme Dupré, 38 rue Duret, 46 ans. Elle fut traitée longtemps par le Dr Tripier. Fibrome du ligament large droit, accolé à la moitié droite de l'utérus, gros comme le poing environ. Utérus refoulé et rejeté à gauche. Hystérométrie : 9-10 cent. Electrolyse datant de plusieurs mois ; amélioration de l'état général ; constipation toujours opiniâtre ; pertes de sang aussi considérables qu'avant ; douleurs aussi vives dans les lombes et les aînes. En somme, succès local nul. La malade n'est venue à la consultation du Dr Doléris qu'une fois.

Obs. II. — Le Dr Kellogg, dans son mémoire, publie un cas (Obs. V) où il a appliqué un courant de 300 mill. avec des résultats moins que bons. Les hémorragies ne furent pas diminuées et la tumeur continua de croître. L'état général s'aggravant, on fit la castration et tout rentra bientôt dans l'ordre, le fibrome diminuant rapidement et les symptômes ne se renouvelant plus.

Obs. III. — Tout l'intérêt de l'observation du Dr Pryor, que nous avons donnée plus haut, réside dans la longue et très soigneuse application du traitement électrique (3 ans) avec des résultats fort mauvais et fort douloureux. Il en est de même du cas du Dr Coe.

(1) *Loc. cit.*

Obs. IV — (inédite) Mme X.....42 ans : Pertes, hémorragies. On ne fait pas le diagnostic de fibrôme et l'on pratique le curettage. Les métrorrhagies récidivant, on fit des injections au perchlorure de fer. La malade ne fut pas améliorée. On essaya enfin l'électricité. Le traitement dura quelques mois et les pertes, malgré tout, prirent un tel caractère de gravité que la malade fut retenue à la maison et enlevée à ses occupations. M. Péan fit l'hystérectomie vaginale. Une tumeur grosse comme un marron obturait la cavité utérine très distendue. L'utérus était volumineux et en dégénérescence scléreuse. La malade a guéri.

Obs. V.—Mme X....., 46 ans. Enorme tumeur bilobée. Utérus enclavé et douloureux. Hystérométrie : 8 cent. Cachexie de la malade. Traitement électrique, pendant un an. Séances accompagnées de souffrances intolérables. "Quand la femme fut rendue à l'état complet d'épuisement et qu'il ne restait rien des épargnes du mari, on vint frapper à l'hôpital." (*sic*)

Cette femme, qui ne sortait plus de son lit, anémiée, exsangue, était un bien mauvais cas pour la chirurgie. Au risque d'assombrir la statistique, on l'opéra. Extirpation de deux corps fibreux. Rupture dans l'abdomen d'une poche purulente. Lavage du péritoine etc.

La malade est morte d'hémorrhagie en nappe due à un état athéromateux des vaisseaux. Les pédicules des fibrômes et celui de la poche tubaire étaient intacts. (Dr. RICHELLOT). (1)

Obs. VI.—Mlle X..... (de Rochefort) Elle souffre d'une tumeur volumineuse. Le ventre est gros. Le fibrôme est mobile et mamelonné, ayant l'air d'une masse composée de plusieurs fibromes sous-péritonéaux. Quelques pertes, mais surtout des douleurs. Traitement électrique pendant deux mois. Les douleurs ne sont nullement influencées. La femme était fatiguée et ne trouvait aucun changement à son état. Le Dr. Richelot conseille l'hystérectomie abdominale. (2)

Obs. VII.—(Inédite) Mme Mas....., 41 ans, rue Vaneau, Paris. Fibrôme assez volumineux siégeant dans la portion droite de l'utérus. La tumeur est interstitielle, mais, vu son volume, empiète légèrement sur la région du ligament large correspondant. Hystérométrie : 9 cent. Règles très

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

abondantes et en outre métrorrhagies. Les phénomènes datent de plusieurs années.

Elle est sous le traitement électrique depuis 6 mois, dans le service de M. Le Dentu. Son état local n'est nullement amélioré. Les douleurs qu'elle accusait et les ménorrhagies n'ont guère été modifiées. L'hystérométrie n'a pas changé non plus et dès que la malade manque une séance les phénomènes s'accroissent davantage. On donne jusqu'à 150 milliamp. p. p. Pourtant les dernières règles furent presque normales, et l'état général est bon.

Obs. VIII.—(Inédite) Mme Fan....., 33 ans, rue Beffroy, Paris.

Tumeur fusionnée au tissu utérin. Utérus remontant au niveau de l'ombilic. Pertes de sang considérables. Sensibilité extrême de la femme. Nervosisme marqué. La femme est soumise au galvanisme depuis le mois d'octobre 1890, époque à laquelle elle est venue consulter le Dr Pichevin, qui s'occupe de gynécologie, dans le service de M. Le Dentu. Mme F.... se plaint toujours des mêmes sensations pénibles. Les douleurs surtout ne sont pas modifiées. Les hémorrhagies ont un peu diminué, mais la leucorrhée est bien plus abondante depuis l'inauguration du traitement. Le volume de la tumeur n'a pas varié d'une manière appréciable. L'état général est assez bon toutefois. Mais les séances ne doivent pas être interrompues.

Il faut avouer que ce ne sont pas là des résultats brillants chez une femme qui subit assez régulièrement deux séances par semaine depuis un espace de 9 mois.

Obs. IX (1).—Mme Lam..... 31 ans, ménorrhagies abondantes. Dans l'intervalle des époques menstruelles, leucorrhée abondante—anémie. L'utérus est augmenté de volume et près de la corne droite ; latéralement, on sent un noyau fibromateux du volume d'une aveline. Dilatation et curage inutilement. Galvanisation. La malade subissait deux séances par semaine régulièrement. Au bout de 18 à 20 électrisations, aucun amendement ne se manifestant, M. le docteur Doléris pratique la laparotomie. Il fait d'abord l'énucléation du petit noyau néoplasique reconnu par le toucher, et en face de la dégénérescence totale fibromateuse de l'utérus il enlève les annexes. Elle sortait de la clinique, guérie et bien portante, 27 jours après l'intervention.

Obs. X.—(Inédite)—Mlle Marie N....., âgée de 45 ans.

(1) Voir R. Chevrier -- "Enucléation des fibr. myo. utérins par la voie abd." in *Nouvelles Archives d'Obst. et Gyn.* No mai. Obs. II.

Ant. héréditaire : Père mort d'un cancer du pylore ; frères morts l'un de tuberculose et l'autre de méningite.

Ant. personnels : Dans son enfance eut la rougeole et la coqueluche, et plus tard une bronchite dont elle souffre depuis tous les hivers. Régliée à 15 ans. Écoulement douloureux et abondant durant trois ou quatre jours. Parfois leucorrhée dans l'intervalle. N'a jamais eu de rapport sexuels.

Maladie actuelle.—Il y a deux ans (1889) forte hémorrhagie ayant duré cinq à six jours et suivie bientôt d'une seconde. En même temps, dysurie telle qu'on doit lui passer le cathéter. Depuis cet accident elle a toujours gardé le lit. Son ventre était un peu augmenté de volume et douloureux. Elle voit plusieurs médecins qui ne la soulagent pas. Quand elle entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1889 (à l'annexe), elle ne peut uriner seule et elle a des pertes sanguines tous les jours régulièrement.

Le 12 mai 1890, laparotomie par M. Pengrueber qui se contente de soulever, et d'enclaver l'utérus fibromateux. La médiocrité des résultats obtenus—comme on devait s'y attendre d'ailleurs—fit revenir la malade à l'hôpital, et en février 1891 on institue le traitement électrique. Depuis l'opération elle avait eu 3 hémorrhagies considérables. Le fibrome remontait à l'ombilic, l'utérus était immobilisé dans le bassin. La femme souffrait toujours de sa vessie. La marche était impossible et les douleurs très aiguës. En somme, c'est un cas de fibrome hyperplasique qui semblait avoir toutes les indications à l'application de la méthode Apostoli.

On fit à la malade 2 séances par semaine régulièrement. Elle eut bientôt quelques phénomènes peu marqués d'infection qui suspendirent le traitement pendant quelques séances.

La galvanisation fut reprise, la malade ne pouvant supporter plus de 50 milliam. Cette femme est encore sous traitement.

Les résultats jusqu'aujourd'hui, malgré plus de 40 séances, ont été plus que médiocres. Le fibrome a augmenté considérablement de volume. La malade urine encore difficilement, la marche est toujours impossible, le repos au lit est nécessaire, elle a des pertes de sang encore assez fréquemment, et de temps à autre de la leucorrhée. (1)

(1) Cette observation a été relevée dans le service du Dr Tiltax et est due à l'obligeance du Dr A. Simard, de Québec.

CONCLUSIONS.

Sans doute dans ce travail nous nous sommes surtout appliqué à mettre en relief les côtés faibles de la méthode Apostoli, sans appuyer sur les quelques avantages qu'elle possède sans conteste.

Pourtant, avant d'en arriver à nos conclusions qui pourront paraître pes-optimistes aux yeux de quelques-uns, nous tenons à reconnaître que le galvanisme a pu éviter à des malades—peu nombreux—l'éventualité d'une intervention qui s'imposait—a pu soulager momentanément bien des femmes souffrant d'hémorragies et de douleurs—et dans certains cas, de rare occurrence, rendre certains services chez des malades jeunes et ne voulant à aucun prix accepter une opération sanglante quelconque.

En somme, c'est plutôt un tonique général, mais peu fidèle dans son action, ce dont nous est preuve la différence marquée entre les résultats obtenus par ceux qui emploient ou essayent l'électricité. Et quelque soient les raisons et les causes invoquées pour les expliquer, les insuccès n'en existent pas moins fréquemment.

Pour nous, nous ne conseillerons la méthode Apostoli (électrolyse intra-utérine) que lorsque les lésions sont au début, ou qu'étant un peu plus anciennes, la femme qui les porte approche de la ménopause et surtout—condition essentielle—dans les cas où les symptômes morbides n'offrent pas assez de gravité pour motiver une intervention plus énergique.

En dehors de ces conditions où la méthode Apostoli est loin de toujours réussir, nous la croyons inutile et dangereuse.

D'ailleurs, voici les conclusions auxquelles nos recherches et nos observations nous ont conduit.

1° La méthode Apostoli n'est guère en faveur auprès des gynécologues et chirurgiens en renom.

2° Il ne suffit pas pour un électricien de se munir d'appareils électriques, il faut de plus avoir à son actif un certain bagage de connaissances en gynécologie et en électricité.

3° La connaissance précise des besoins en électrothérapie gynécologique est indispensable, et le galvanisme comme moyen de diagnostic est une utopie dangereuse.

4° Le courant continu a ses indications et ses contre-indications qu'il faut connaître à moins d'exposer ses malades à des accidents parfois mortels.

5° Le galvanomètre est en général d'une utilité pratique très contestable.

6° Le mode d'action du courant électrique est encore du domaine des hypothèses.

7° L'action de l'électrolyse est d'une lenteur excessive à se manifester.

8° L'application du galvanisme, à part quelques inconvénients de peu d'importance, est entourée d'une foule de dangers dont la fréquence et la gravité sont loin d'être en rapport avec les attributs utiles d'une méthode purement palliative. Ceci est surtout vrai pour la galvano-puncture.

9° Les résultats que donne l'électricité dans le traitement des fibro-myomes utérins sont médiocres et inconstants.

Les femmes, tôt ou tard, pour la majeure partie, sont forcées de recourir à une intervention chirurgicale pour laquelle elles sont souvent moins préparées qu'avant le traitement électrique.

(a) Comme résolutif, le galvanisme est inefficace tout-à-fait.

(b) Comme analgésique, il est très infidèle.

(c) Comme hémostatique, il donne d'assez bons résultats.

10° La castration a une statistique qui n'est guère plus sombre que le galvanisme, et ses résultats lui sont supérieurs au point de vue de la durée et de la rapidité.

11° Dans les tumeurs pédiculées abdominales, le courant continu est tout-à-fait impuissant. La castration donne des résultats satisfaisants, mais c'est la myomectomie qui est alors indiquée, surtout s'il y a des phénomènes accentués de douleurs, et de compression sur les vaisseaux, les nerfs et les viscères du petit bassin.

Nous terminerons en disant qu'on a eu tort de trop demander à la méthode, et tout en rendant hommage au talent d'Apostoli et lui sachant gré de son accueil amical, il voudra bien nous permettre de ne pas accepter aveuglément, comme beaucoup l'ont fait, les théories qu'il expose d'ailleurs très sagement et auxquelles il ne manque pas d'être brillantes pour réussir.

PARIS, juin 1891.

—Tout est occasion à un rhumatisme chez un rhumatisant.—
PETER.

—La sciatique est presque toujours simple, et quand elle est bilatérale, elle est symptomatique.—PETER.

Des affections du nez comme causes fréquentes de l'asthme;

par Camille LAVIOLETTE, M.D.L.

Laryngologiste de l'Hôpital Notre Dame.

C'est maintenant un fait reconnu, depuis que Voltolini, le premier le signala, que les polypes et autres excroissances du nez, sont souvent la cause d'attaques asthmatiques. Mais c'est seulement depuis que Weber appela l'attention sur la relation entre le catarrhe chronique nasal et l'asthme, qu'il a été reconnu que d'autres maladies des fosses nasales, indépendantes d'excroissances néoplastiques, sont aussi susceptibles de causer des attaques d'asthme.

L'asthme est proverbialement considéré comme la plus intraitable des maladies. En vérité les effets de certains remèdes dans son traitement sont tellement incertains suivant les différents individus, que les médecins assez fréquemment s'en rapportent plus à l'expérience du patient, relativement au choix de certains médicaments, qu'à l'administration de remèdes suivant les indications symptomatiques.

Depuis Laënnec, plusieurs théories ont été émises sur les causes et les phénomènes de cette maladie : mais aucune n'a été plus généralement acceptée que celle proposée par Laënnec lui-même : c'est à-dire que l'asthme est une névrose, et dépend d'un changement soit organique ou fonctionnel dans les centres nerveux, produisant un spasme des muscles bronchiques et conséquemment un rétrécissement des tubes pendant l'attaque.

Traube attribua les attaques dyspnéiques à l'hyperémie fluxionnaire de la membrane muqueuse bronchique. Après lui, Weber supporté par Hering, proposa que la maladie était une névrose vasomotrice.

L'hyperémie fluxionnaire proposée par Traube serait ainsi produite par la dilatation des vaisseaux, causée par l'irritation des nerfs vasomoteurs.

Stoërk a confirmé et démontré par l'examen laryngoscopique, qu'il y avait congestion de la trachée pendant l'attaque, faisant présumer qu'il y avait gonflement et hyperémie de la membrane muqueuse bronchique.

Voilà en résumé les différentes et principales théories émises sur la pathologie de l'asthme.

Le nez à l'état pathologique peut causer des attaques d'asthme de deux manières.

La première vient comme résultat du rétrécissement ou de l'occlusion des fosses nasales, soit par du tissu hypertrophié, soit par des polypes nasaux : la seconde, amenée par une maladie de

la membrane pituitaire, indépendante d'hypertrophies ou de polypes.

La première est mécanique et réflexe dans son caractère, tandis que la seconde est purement réflexe.

C'est un fait reconnu que les polypes et le tissu hypertrophié, quand ils amènent l'asthme, sont situés à l'extrémité postérieure des cornets du nez.

Le docteur McKenzie compare cette surface sensitive de l'extrémité postérieure des cornets aux centres sensitifs de la toux, trouvés dans le pharynx et le larynx.

Le fait d'attaques asthmatiques plus fréquentes la nuit, surtout chez les personnes atteintes de catarrhe hypertrophique serait par là clairement expliqué.

En effet, à l'extrémité postérieure des cornets, le tissu caverneux étant beaucoup plus épais et beaucoup plus vasculaire qu'ailleurs, il arrive que dans la position de repos, la gravitation des liquides distend et grossit cette portion des tissus, obstruant les fosses nasales, et pressant sur ce point sensitif, produit l'irritation réflexe dans le poumon. Cette irritation est transmise au poumon par le nerf cervical sympathique, réunissant les nerfs pneumogastriques avec le trijumeau qui a des ramifications étendues dans le nez.

J'ai pu recueillir bon nombre d'observations personnelles et autres de cas d'asthme causés par différentes affections du nez; je ne citerai que les premières.

Une dame de 40 ans me consulta à propos d'attaques d'asthme qui augmentaient en fréquence et en intensité. Elle souffrait de cette maladie plus ou moins, depuis plusieurs années, mais plus depuis la naissance de son dernier enfant. Elle était très sujette au rhume de cerveau qui amenait presque invariablement une attaque.

En l'examinant, j'ai trouvé une rhinite chronique hypertrophique avec un peu de catarrhe pharyngo-laryngé et bronchique.

Des applications locales dans le nez et des inhalations sédatives légèrement astringentes, la soulagèrent beaucoup et diminuèrent en fréquence ses attaques asthmatiques.

Quelque temps après, ces dernières cessèrent complètement; et depuis sept mois, elle n'a pas même pris un rhume de cerveau.

O, âgé de 30 ans, vint me consulter au dispensaire de l'hôpital Notre Dame, souffrant de dyspnée d'un caractère asthmatique. D'après le caractère de sa respiration, je soupçonnai une obstruction laryngée. Par l'examen laryngoscopique, je trouvai que le larynx était normal. Il y avait un peu de rétrécissement des petits tubes bronchiques et une légère expectoration. À l'examen rhinoscopique, je trouvai les deux narines obstruées par du tissu hypertrophié. Je détruisis celui-ci à l'aide du galvano cautère,

et à trois semaines de là, quand les suites de l'opération furent complètement disparues et que les narines furent libres, son asthme disparut.

Le docteur G. Hunter MacKenzie a rapporté un cas dans lequel les attaques asthmatiques étaient causées par la rhinite atrophique. Il dit aussi que les attaques asthmatiques étaient plus sévères pendant les mois d'août et septembre, et qu'elles diminuaient d'intensité par le traitement du nez.

Ce fait d'être plus sévères pendant les mois d'août et septembre, indiquerait que la cause est un irritant local, comme chez ceux souffrant de la fièvre des foins.

Chez ceux qui souffrent de la fièvre des foins, les attaques aiguës sont causées par une hyperesthésie de la muqueuse; qui est ordinairement causée par une rhinite chronique (généralement hypertrophique) rendant la muqueuse très sensible à l'influence des substances irritantes flottant dans l'air.

Cette relation entre la rhinite chronique et l'asthme a attiré l'attention de plusieurs des derniers auteurs sur les maladies des fosses nasales.

Schaeffer croit que tous les patients souffrant d'asthme souffrent plus ou moins de rhinite chronique.

Fraenkel considère que le traitement du nez est de la plus grande importance pour le soulagement de l'asthme accompagnée de catarrhe nasal.

Biermer et Riegel disent que la fosse nasale est un centre fréquent d'irritation pour la production de l'asthme réflexe.

Calmettes et Fauvel, de Paris, parlent dans le même sens.

Bresgen dans un excellent article, (1) appelle l'attention sur l'importance qu'il y a, à ce que les fosses nasales soient libres de toutes obstructions, afin que la respiration se fasse par le nez, et non par la bouche.

De tout ce qui précède, je conclus que chez tout sujet atteint d'asthme, un examen minutieux et intelligent des fosses nasales est nécessaire.

49D rue St-Denis, }
Montréal, 28 septembre 1891 }

—Eh ! bien, cher ami, comment va ta belle-mère ?

Le cher ami, d'un air piteux :

—Sauvée, mon cher, sauvée. Et, pourtant, j'avais appelé à son chevet trois médecins, les plus..... terribles que j'ai pu découvrir.

(1) *Sammlung, Klin. Vortrage*, No. 213, Leipzig.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Gastralgie, gastrite chronique et ulcère simple.—Clinique de M. le professeur PETER, à l'hôpital Neckor.—Je voudrais vous entretenir aujourd'hui d'un malade couché au no. 17 de la salle Laënnec, sur lequel j'ai déjà appelé votre attention, pour vous faire remarquer la douleur extrêmement vive de la région épigastrique, les vomissements pénibles et persistants, et la lente évolution de la maladie. Je vous avais fait comparer les symptômes extrêmement douloureux de cette affection gastrique, avec les symptômes presque indolores d'un autre malade atteint de cancer de l'estomac. Je vous disais que dans l'épithélioma stomacal, les douleurs pouvaient manquer du commencement jusqu'à la fin, et que, lorsqu'elles survenaient, elles présentaient rarement l'intensité que nous trouvons chez ce malade. Le seul phénomène qui pouvait nous égarer, c'était la dilatation gastrique considérable que nous révélait l'examen du ventre.

Ce malade est mort et vous voyez les pièces hautement démonstratives que nous a fournies son autopsie, pièces d'autant plus importantes que nous les rapprocherons de l'observation prise il y a quinze jours, lors de l'entrée du malade dans nos salles. J'avais diagnostiqué un ulcère simple de l'estomac; les pièces que je vous montre justifient complètement mon diagnostic et présentent, de plus, un enseignement précieux au point de vue de la pathogénie de l'ulcère simple.

Vous savez que pour quelques auteurs, l'ulcère simple serait le résultat d'une nécrose locale de la muqueuse stomacale due à une oblitération artérielle. Virchow, dominé par sa théorie de l'embolie, supposait une embolie capillaire des artérioles de l'estomac, d'où oblitération et nécrose consécutive, hémorrhagie, et mort par anémie. Mais nos pièces nous prouvent que ce malade n'est pas mort de son ulcère simple. L'ulcération, du diamètre d'un gros œuf de pigeon, est complètement cicatrisée; de sorte que cet homme est mort guéri. Mais si on examine la région voisine de l'ulcère, on constate un état mamelonné de la muqueuse et toutes les lésions de la *gastrite chronique*. L'ulcération était complètement cicatrisée, mais la gastrite persistait, empêchant le malade de réparer ses forces, et entraînant la mort par l'impossibilité de l'alimentation.

Nous découvrons, en effet, sur cette muqueuse, les trois degrés de la gastrite. Dans la plus grande partie de l'estomac, nous

trouvons à l'autopsie une congestion de la muqueuse, témoignant de l'hyperhémie générale; puis, vers la petite courbure, la congestion persistante avait déterminé l'épaississement de la muqueuse avec aspect mamelonné, et enfin, comme troisième degré de l'inflammation, l'ulcération. C'est ce qu'avait bien vu Cruveilhier. L'ulcère simple est le résultat de l'inflammation chronique. C'est la gastrite chronique persistante qui se termine par la gastrite ulcéreuse. Il m'a été donné d'en voir deux exemples, à quinze ans de distance chez l'un, à vingt ans de distance chez l'autre; il s'agissait de deux malades qui avaient été soignés par mon illustre maître, Trousseau, pour une affection qu'il avait qualifiée de "gastralgie", simple affection nerveuse et douloureuse de l'estomac: c'était le début de la maladie. Quand l'un de ces malades vint me voir, bien longtemps après le commencement des accidents, il avait un ulcère de l'estomac, et il mourut d'une perforation de ce viscère, avec ouverture du diaphragme et de la plèvre, ce qu'on pourrait appeler un "hydropneumothorax par en bas."

Le mot *gastralgie* ne doit être accepté qu'avec beaucoup de réserve. C'est souvent un mot que nous employons pour cacher notre ignorance. Le malade se plaint en français d'une "douleur à l'estomac"; nous lui répondons en grec *gastralgie*; mais il est important au point de vue thérapeutique de déterminer la cause de la douleur.

Dans bien des cas, comme chez notre malade, il n'y a pas une simple douleur de l'estomac, il y a des troubles digestifs inflammatoires; de l'hyperhémie de la muqueuse, de l'hyperthermie locale, alors que dans la *gastralgie* purement nerveuse la température locale reste normale.

Dans bien des cas dits *gastralgie*, vous verrez que vous avez affaire à une gastrite. C'est ce que vous observerez chez la malade au no. 7 de la salle Trousseau. Cette femme est entachée de chlorose floride, elle n'a pas eu ses règles depuis dix mois. Elle est venue à l'hôpital, se plaignant de douleurs très vives au creux épigastrique, avec sensation de brûlure. Elle vomissait les matières alimentaires qu'elle prenait, et des matières glaireuses quand elle était à jeun. Elle nous dit qu'elle souffre après les repas, et que de plus elle souffre plus longtemps après le repas, quand l'estomac est vide, en dehors de l'acte digestif physiologique. Nous avons cherché quelle était la qualité de son suc gastrique et par le procédé de Günzbourg, nous avons obtenu la réaction trois quarts d'heure après le repas. *L'hyperchlorhydrie* n'est pas douteuse. Cette malade est une nerveuse, et c'est parce qu'elle a un système nerveux de mauvaise qualité que ses fonctions digestives sont troublées; son estomac sécrète follement du suc gastrique; c'est une nerveuse de l'estomac comme de tous ses autres organes, comme de son appareil genital, puisqu'elle n'a pas ses règles depuis dix mois.

Physiologiquement nous devons sécréter du suc gastrique autant qu'il est nécessaire pour l'acte digestif, à un moment précis; mais si l'estomac continue à sécréter du suc gastrique, cette sée étion acide, qui n'attaque plus une matière alimentaire, va corroder la muqueuse de l'estomac, qu'elle traite comme un aliment quaternaire—d'où la douleur de l'estomac, cri de l'organe qui souffre. Aussi le remède à cette douleur est-il de donner une pâture au suc gastrique, une victime à attaquer, un aliment; il faut que le malade mange si peu que ce soit, et la douleur diminue, puis disparaît. Ou bien on traitera cliniquement cette douleur, en neutralisant l'acide chlorhydrique du suc gastrique par une petite quantité de bicarbonate de soude, que le malade ingère au moment de la crise douloureuse.

Cette hypersécrétion acide corrodant peu à peu la muqueuse stomacale, attaque d'abord les couches superficielles de cette muqueuse, puis, après de longues années de douleurs, pénètre plus avant et détermine l'ulcération profonde, l'ulcère simple. C'est ce que vous observez après les gastralgies de longue durée, souvent liées à la chlorose, à l'aménorrhée, désordres qui expriment la profonde altération de l'organisme, une constitution défectueuse, ce que j'ai l'habitude de résumer en disant que ces malades sont des "ratées."

Outre l'emploi du bicarbonate, vous obtiendrez les meilleurs résultats du lavage de l'estomac dans ces gastrites douloureuses. Mais vous ne ferez ces lavages que lorsque vous aurez la certitude que l'ulcère simple n'est pas encore développé; ne vous avisez jamais de laver un estomac atteint d'ulcère simple avec tendance aux hématomés car vous pourriez provoquer une mort subite avec hématomés foudroyante, ainsi que d'assez nombreux cas en ont été rapportés.

Dans le cas de gastrite chronique sans ulcérations, en introduisant un litre, un litre et demi de liquide dans l'estomac, la paroi stomacale se trouve distendue au maximum. Puis vous enlevez le liquide, et la paroi excitée revient sur elle-même avec vigueur; vous avez fait un "massage" bienfaisant, alors que ce pouvait être le contraire, si une ulcération avait existé; car alors vous pouviez dilater, puis faire se rompre des vaisseaux artériels et provoquer une hémorragie traumatique, pour ainsi dire. Outre ce massage, dans la gastrite avec hyperacidité, le lavage fait le déblayage de l'estomac, rejette des matières qui stagnaient dans le viscère, et empêche ainsi les fermentations. C'est là un effet très bienfaisant encore.

Ce lavage d'une muqueuse enflammée agit de plus comme une "douche," passez-moi l'expression, comme un gargarisme stomacal qui, outre le massage et le déblayage de produits irritants, baigne l'organe enflammé. On a, dans une vue théorique, pour éviter les fermentations stomacales, conseillé de faire le lavage

gastrique avec une solution de 25 grammes de benzoate de soude par litre. Mais ce lavage, que nous avons essayé chez notre malade de la salle Troussau, a provoqué une cuisson très pénible, aussi avons-nous ensuite fait le lavage avec une solution de bicarbonate de soude à 4/0; les jours suivants, nous avons même employé l'eau simple. Les douleurs ont presque disparu chez elle, elle ne vomit plus, et la région épigastrique ne présente plus cette vive sensibilité que nous notions au début. Nous avons traité cette femme gastralgique à la première période d'une maladie dont la gastrite est l'alpha et dont l'ulcère simple serait l'oméga.

Et la preuve qu'il y a gastrite, c'est l'hyperhémie considérable révélée par l'hyperthermie. Ne manquez pas, dans tous les cas de gastralgie, de rechercher la température locale du creux épigastrique, une élévation locale de 1°5 à 2°37' ou 37°5 au lieu de 35°5, vous décelera souvent la gastrite, là où vous ne soupçonniez qu'une gastralgie nerveuse. C'est l'enseignement que nous pouvons tirer des pièces anatomiques d'ulcère simple que je vous montre.

Voici l'histoire du début de la maladie: Il y a deux ans, le malade a été pris assez subitement en pleine santé, alors qu'il jouissait d'un très bon appétit, de douleurs très vives après les repas, douleurs qui duraient deux à trois heures. Ces douleurs étaient quelquefois tellement violentes, qu'elles forçaient le malade à se rouler par terre. A ce moment, pas de vomissements d'aliments ni de sang. Il entra à l'hôpital Necker il y a un an, et fit deux séjours de trois semaines sans amélioration notable. Il vomit souvent le lait, qu'il prenait alors comme unique alimentation.

En mars 1891, il a des vomissements de sang très abondants, il vomit quelquefois un demi litre de sang après ses repas.

A son entrée à l'hôpital, le 26 avril, nous sommes frappés d'une douleur extrêmement vive, exquise à la plus légère palpation du creux épigastrique. Dans la journée, il a des vomissements noirs, comme de la suie. Je vous ai fait remarquer ce jour-là que j'étais porté à éloigner l'idée de cancer, en raison de cette douleur exquise, et de la marche longue, de l'évolution lente de la maladie. Ce début par des douleurs très vives au milieu d'une santé conservée, sans anorexie, sans ce dégoût spécial pour certains aliments tels que les viandes, les graisses, qui est la règle pour le cancer, n'allait pas avec l'idée de néoplasme stomacal.

Enfin je fis prendre la température au creux épigastrique et nous trouvâmes 36°7, au lieu de 35°5, c'est-à-dire 1°2 de trop, alors que la température axillaire était restée normale, à 37°. Il y avait donc hyperhémie gastrique, puisqu'il y avait hyperthermie.

Virchow et les Allemands se sont donc trompés quand ils ont

soutenu que l'ulcère simple n'était qu'une nécrose locale due à l'oblitération vasculaire. Ils ont pris l'effet pour la cause. Il y a coagulation dans les vaisseaux où va se faire l'ulcération, mais la coagulation apparaît comme résultat de l'inflammation dans ces cas.

J'ai observé ce fait très curieux dans un cas d'ulcère simple. Une femme avait des douleurs atroces, survenant par accès et se terminant par des hémorragies d'abondance peu commune. Nous notâmes la température épigastrique au moment de chaque crise douloureuse et nous trouvions 1°, 1.5 quelquefois 2° de plus que les températures prises en dehors des accès.

Comment expliquer ces élévations de température avec une simple oblitération vasculaire? La cessation de la circulation ne peut créer l'hyperthermie; il faut de l'hyperhémie pour faire l'hyperthermie! Comment expliquer encore l'hémorragie si abondante avec la théorie de l'oblitération? L'oblitération vasculaire n'arrêterait-elle pas naturellement tout écoulement sanguin! Pour donner lieu à ces hématomés profuses, il faut, au contraire, une véritable fluxion: et "là où plus de sang plus de chaleur".

Ce ne sont pas là de simples vues doctrinales; vous allez voir leur importance en pratique, en thérapeutique. Nous ne pouvons rien contre l'ulcère simple constitué, contre le *fait* réalisé, tandis que nous pouvons beaucoup contre l'acte inflammatoire.

Vous verrez des médecins ne traiter la gastrite que par le régime lacté et le bicarbonate de soude; l'alimentation lactée a l'avantage d'être facilement digérée; c'est un topique bienfaisant pour l'estomac, mais insuffisant pour agir contre l'inflammation de la muqueuse. Il faut lutter contre l'acte inflammatoire, employer une médication contre fluxionnaire, faire une révulsion prolongée par de petits vésicatoires, et vous obtiendrez souvent alors des guérisons complètes, comme j'en ai observé plusieurs cas. Je me rappelle avoir vu avec M. le P^r Tardieu une dame polonaise, dont la maladie avait commencé d'une façon très bizarre. Elle fut prise pendant quatre, cinq, six jours après ses repas de besoins impérieux, très pénibles, d'aller à la selle. En même temps, douleurs atroces à la région épigastrique et s'irradiant au reste du ventre. On jetait chaque fois ces matières sans s'inquiéter de leur nature. Cette dame, qui résidait alors à Berlin, consulta enfin son médecin qui fit garder les selles et découvrit un mélcœna caractéristique. Au lieu de saigner au dehors, par une hématomèse, cette dame saignait dans son intestin, d'où diarrhée sanglante subite; elle n'en avait pas moins un ulcère simple.

M. Tardieu, pour ne pas effrayer la malade et ne pas prescrire un *cautère*, ordonna une "mouche de Vienne", qui fut acceptée; et on appliqua la pâte de Vienne au creux de l'estomac. On nourrit cette malade exclusivement avec du lait et de la viande

cruc. L'amélioration, le soulagement fut tel à la suite l'application de ce cautère qu'on fit suppurer, que la malade put quitter Paris. Mais elle eut soin d'emporter de la poudre de Vienne en provision, pour renouveler une application de ce cautère, en cas de retour des crises douloureuses. Un an après, elle fut atteinte à nouveau de douleurs violentes et eut le courage de se faire elle-même l'application du cautère. Cette malade a guéri et vit encore bien portant plus de 25 ans après les accidents dont je vous parle, quoiqu'elle ait conservé une certaine maigreur.

Vous avez vu que chez cette malade les hématomés étaient remplacés par du métrana. A propos des hémorrhagies, je veux encore vous faire remarquer que ce ne sont pas toujours des hématomés rutilantes qu'on observe dans l'ulcère simple, ainsi qu'on l'a dit théoriquement, et bien à tort, dans certains livres classiques. On oppose les hémorrhagies noires du cancer, peu abondantes, dit-on, et qui ont le temps d'être digérées, aux hématomés rouges et abondantes de l'ulcère simple, expulsées très rapidement. Mais qui ne voit que cela dépend du calibre du vaisseau ouvert? Gros vaisseau, hémorrhagie à grand fracas; petits vaisseaux, hémorrhagie par suintement.

Chez notre malade, les vomissements étaient noirs comme de la suie, ce qui tient à l'origine des hémorrhagies: notre homme est mort de "gastrite hémorrhagique"; ce n'était que des vaisseaux de calibre extrêmement petit, qui étaient le siège de l'hémorrhagie, d'où la lenteur et la digestion possible du sang épanché.

La dilatation que vous observez sur cet estomac a aussi sa cause dans l'altération de la muqueuse: la gastrite détermine la distension de l'estomac, par le même mécanisme que l'inflammation de toute autre muqueuse, qui paralyse la couche musculuse sous-jacente.

La pièce anatomique nous explique cette teinte icterique qui nous a fait rechercher dès le premier jour si le foie n'était pas atteint; vous voyez que l'ulcère stomacal cicatrisé a pour fond le tissu hépatique; il y a eu là un travail de sclérose qui a intéressé un certain nombre de canaux hépatiques et amené une altération des fonctions biliaires.

J'ai voulu vous montrer par ces exemples que "l'ulcère simple" n'est pas une maladie proprement dite, "une maladie en soi", mais plutôt l'accident éventuel d'une gastrite de longue durée, que nous devons enrayer à sa première période.

Je vous ai indiqué chemin faisant le mécanisme de l'ulcération et les moyens à opposer à l'hyperhémie, la fluxion de la gastrite, par le bicarbonate de soude, les lavages de l'estomac et la révulsion à l'épigastre longtemps prolongée.—*Bulletin médical.*

Les épistaxis dans le mal de Bright.—M. le Dr LAVERNY appelle de nouveau l'attention dans sa thèse, sur ce phénomène

souvent étudié, mais qui peut prendre une grande importance au point de vue du diagnostic.

On sait que c'est surtout la néphrite interstitielle qui s'accompagne d'épistaxis; mais celle-ci peut se montrer au début ou vers la fin de la maladie.

Les épistaxis précoces sont ordinairement légères, surviennent à tous les moments de la journée, mais principalement le matin au réveil; elles se répètent souvent, à intervalles tout à fait irréguliers; généralement elles viennent par crises; pendant une période de trois, quatre semaines le malade mouche du sang tous les jours ou même plusieurs fois par jour; puis l'épistaxis disparaît et ne se montre que longtemps après. Cependant, dans certains cas, elle peut être abondante dès le début.

Les épistaxis qui surviennent à une époque avancée sont remarquables le plus souvent par leur durée, leur abondance et leur répétition. Survenant parfois au moment d'une poussée aiguë ou à l'approche des accidents urémiques, elles sont alors précédées de quelques troubles d'hyperhémie céphalique; mais elles apparaissent aussi souvent en dehors de toute nuance de ce genre et rien ne fait prévoir leur approche. Leur abondance peut être considérable; et à la période tout à fait terminale de la maladie, l'hémorrhagie prend parfois une allure des plus redoutables; c'est un suintement continu, incoercible, allant sans arrêt et malgré le tamponnement vers l'épuisement et la syncope. Il est rare qu'à cette période ultime, l'épistaxis ne coïncide pas avec d'autres hémorrhagies.

La valeur diagnostique de l'épistaxis dans le mal de Bright peut être considérable; parfois elle constitue le premier symptôme qui attire l'attention de ce côté, et M. Lécorché a pu dire que toutes les fois qu'on voit survenir, sans cause, chez un adulte ou un vieillard, des épistaxis abondantes et répétées, on doit songer à la néphrite interstitielle; ce signe prend toute son importance quand il se joint à quelques autres, comme la polyurie, le doigt mort, etc., et commande l'examen des urines.

Le pronostic de l'hémorrhagie en elle-même n'est pas grave pour l'épistaxis du début qui est rarement très abondante. Plus tard il peut au contraire devenir très sérieux, en raison de son abondance; elle est quelquefois, à cette période, le prélude de l'urémie, mais cette signification pronostique est loin d'être constante, comme on l'a admis à tort.

Quant au traitement, indépendamment des moyens locaux, il faut savoir que le régime lacté a sur cette épistaxis une influence très rapide: il faut donc y soumettre immédiatement ces malades. D'autre part, la viande et le bouillon, qui exagèrent les fermentations intestinales et l'accumulation dans le sang des poisons qui résultent de ces fermentations, ont une influence nocive des plus évidentes.—*Journal de médecine pratique.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Technique de l'accouchement provoqué.—Des méthodes préconisées pour provoquer l'accouchement, il n'en reste que deux, dit M. le professeur TREUB, qui se fassent une concurrence sérieuse : La première est la ponction des membranes, soit à l'orifice interne, soit plus haut dans l'utérus. Elle a donné des résultats qui ne laissent guère à désirer (73 pour 100 d'enfants vivants), entre les mains de Braun, malgré les difficultés connues du travail sec.

La deuxième consiste dans l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus. Depuis l'avènement de l'antisepsie en obstétrique, la méthode de Krause (introduction d'une bougie 21, 23 filière Charrière) est beaucoup plus infidèle. Le ballon Tarnier ne dépasse guère le volume de la bougie et présente une série d'inconvénients qui font " qu'il n'est guère employé hors du service de l'inventeur." Le ballon Champetier de Ribes est destiné à transformer un accouchement provoqué en accouchement gémellaire, et c'est justement dans ces conditions que git la grande faute du procédé. Les avantages n'ont trait qu'aux parties molles de la mère et la dilatation se trouve être complète avant toute espèce d'engagement. L'utérus, fatigué, non seulement n'aura plus la force de faire naître spontanément l'enfant, mais pourra s'opposer à l'opération de choix. De plus, comme l'a formulé M. Auvard, il faut compter avec la difficulté relative de l'introduction du ballon, le danger de provoquer des présentations vicieuses, la fréquence de la précocité du cordon.

L'auteur donne la préférence au procédé suivant : Dans un cordon en caoutchouc préalablement aseptisé par la solution carbolique à 1/20, il introduit une sonde en gomme neutre, n° 10 filière Charrière et à bouts coupés, jusqu'à 12 à 15 centimètres de l'extrémité fermée, puis il la fixe par une ligature à la soie. A l'autre bout, il fixe un fragment de sonde Nélaton qui servira à assujettir la canule de la seringue. L'appareil, ainsi constitué, est introduit dans une sonde conductrice en celluloïde, n° 30, de telle façon que le bout supérieur du condom sorte de la sonde. A l'aide de la chaleur, on a préalablement donné à la sonde de celluloïde la courbure voulue, forte quand elle doit être introduite dans la partie antérieure de l'utérus, faible quand elle doit pénétrer dans la partie postérieure. Le condom aura été asséché avec l'ouate hydrophile, puis enduit d'huile carbolisée au 20. Après avoir lavé la vulve, le vagin, et nettoyé la cavité cervicale avec des tampons d'ouate imbibés de solution carbolique, on introduit à vue l'appareil à l'aide de deux valves de Sims et en recourant au besoin à la fixation du col.

Quand on sent une résistance, on cherche à l'éviter. La sonde conductrice est introduite en entier dans l'utérus, puis on injecte dans le cordon environ 175 centimètres d'eau boriquée et en même temps on retire en partie la sonde conductrice. Enfin, le bout de sonde Nélaton étant ligaturé, on retire complètement la sonde conductrice et l'on place sur le col un tampon de gaze iodoformée. L'appareil, après avoir servi, est jeté au feu.

Le temps écoulé entre l'introduction du condom et l'accouchement est en moyenne de trente-une heures. S'il vient à provoquer sur son passage une hémorragie ou la rupture des membranes, le condom, en se gonflant, arrête l'issue du sang ou du liquide amniotique.

Pour la provocation de l'accouchement chez la primipare, l'auteur conseille de commencer par essayer du tamponnement du col à la gaze iodoformée, bien que ce procédé recommandé par Hofmeier ne lui ait réussi que dans deux cas sur cinq.—*Archives de tocologie.*

De la fréquence de l'endométrite d'origine puerpérale, par le Dr André BOURSIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.—Les progrès considérables accomplis depuis ces dernières années en gynécologie ont mis hors de conteste certains faits aujourd'hui complètement acquis. Au premier rang de ces vérités nouvelles doit se placer la démonstration de la nature infectieuse des endométrites, qui a eu pour conséquence immédiate la rénovation complète du traitement de ces affections.

Il y a quelques années déjà, en 1855, Schræder (de Berlin), dans la cinquième édition de son livre : *Maladies des organes génitaux de la femme*, avait émis cette opinion que toutes les métrites devaient être d'origine infectieuse. La démonstration de cette hypothèse ne tarda pas à être faite. Doléris, en 1857, dans son mémoire sur *l'Endométrite et son traitement*; Peiraire, dans son excellente thèse inaugurale : *Des métrites infectieuses* (Paris, 1859); ont confirmé la présence des microbes pathogènes dans tous les cas d'endométrite et ont étudié les différentes espèces microbiennes, peu nombreuses à la vérité, que l'on rencontre dans ces maladies. Les recherches plus récentes de Stenschnoider, de Winter, de Gœnner (de Bale), de Straus et Sanchez Toledo, etc., ont complété ces démonstrations aussi bien pour les métrites blennorragiques que pour les inflammations utérines qui succèdent aux accouchements. Aussi, sans vouloir revenir ici sur cette question pathogénique qui est du plus haut intérêt, nous désirons simplement appeler l'attention sur la fréquence considérable des métrites post-puerpérales. Du reste, cette fréquence particulière a déjà été reconnue par nombre d'auteurs. De Sincety, dans la première édition de son *Manuel pratique de gyné-*

ecologie, publiée en 1879, avait signalé ce fait : " En somme, dit-il, " la puerpéralité et les imprudences commises à la suite des accouchements ou des avortements sont le plus souvent le point de " départ de la métrite chronique " (P. 341) Carl Schröder, dans sa septième édition (traduction française de 1890), dit à son tour : " Elle résulte, dans l'immense majorité des cas, d'un arrêt de la métamorphose rétrograde de l'utérus après l'accouchement." Dans le *Traité clinique des maladies des femmes*, A. Martin (de Berlin) indique, lui aussi, " que la métrite chronique est liée très fréquemment à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couche." Pozzi, enfin, dans son excellent *Traité de gynécologie*, dit que la parturition est de beaucoup la cause la plus fréquente de la métrite.

Pour essayer de mettre en lumière ce degré de fréquence, nous pouvons à notre tour indiquer les résultats que nous avons obtenus à ce sujet à la Clinique annexe de gynécologie de la Faculté. Depuis le 19 février 1891, où ce service a été inauguré, jusqu'à ce jour (12 septembre 1891), 238 malades se sont présentées à notre consultation. Sur ce nombre, 139 étaient atteintes de métrites. Or, parmi ces 139 malades, en laissant de côté tous les cas douteux au point de vue étiologique, au nombre de 9 seulement, nous avons trouvé 89 métrites qui étaient nettement d'origine puerpérale. Bien entendu, nous comprenons sous ce nom, non seulement les infections utérines consécutives à l'accouchement, mais aussi celles qui surviennent à la suite d'avortements. Nous trouvons ainsi, sur un chiffre évidemment trop restreint pour être irréfutable, que les métrites d'origine puerpérale se présentent dans la proportion de 63 0/0 environ. Ces chiffres confirment donc exactement les assertions des auteurs que nous avons cités précédemment.

Pour expliquer la fréquence que nous venons de démontrer, il est bon de se rappeler les divers mécanismes de l'infection interne. Dans le plus grand nombre des cas, les germes infectieux proviennent du dehors; ils pénètrent dans les voies génitales spontanément, ou plus souvent y sont apportés pendant les manœuvres et les opérations obstétricales. Cette hétéro-infection, ou infection de contact, d'après l'heureuse expression de Kalténbach, constituerait la règle, suivant Pozzi, car chez l'accouchée saine, le vagin doit être, d'après lui, considéré comme aseptique et c'est ce qui explique le grand nombre d'accouchements sans accidents malgré l'absence de toute précaution. Mais l'hétéro-infection ne rend pas compte de tous les cas, il y a aussi des faits d'auto-infection. On sait, en effet, d'après les recherches d'Haussmann, Küstner, Lomer et Bumm, et surtout d'après celles de Winter, que le vagin et aussi parfois le col de l'utérus contiennent, à l'état normal, des microbes nombreux, même des microbes pathogènes, qui ont perdu en grande partie leur virulence, mais qui peuvent, dans certaines circonstances, recouvrer toutes leurs propriétés nocives. Or, la présence de débris membraneux, de caillots sanguins, etc., peut,

pendant la période obstétricale, raviver la virulence de ces microorganismes et faciliter l'infection utérine pendant toute la durée de l'involution post puerpérale.

Enfin, il paraît démontré aussi, d'après des recherches récentes, que la présence d'un germe pathogène favorise le développement d'une autre espèce de microbe. C'est ainsi que des femmes atteintes antérieurement de blennorrhagie ou de vaginite simple sont plus facilement prises de métrites septiques que les autres. Ces faits sont désignés par Pozzi sous le nom d'*infections conjuguées ou combinées*.

Or, pendant la période puerpérale, il existe une série de circonstances qui favorisent la production de l'un quelconque de ces mécanismes infectieux, c'est-à-dire que les causes de la métrite post-puerpérale sont assez nombreuses.

En première ligne, comme la cause la plus importante, nous placerons le défaut d'asepsie de l'accoucheur ou de ses aides. Puisque, d'après les auteurs les plus autorisés, il est reconnu que l'hétéro-infection est le mode le plus fréquent de contamination de l'utérus, on ne saurait trop insister sur la nécessité absolue de la désinfection parfaite et complète de tout ce qui doit toucher à l'accouchée. Nous avons en vue ici non seulement l'asepsie des mains et des instruments de l'accoucheur, mais aussi celle de toutes les personnes qui doivent assister l'opérateur, et surtout des pièces de pansement, des linges, des objets destinés à la malade, tels que canule à injection, bassin, etc. Enfin, il ne saurait être trop recommandé de désinfecter complètement les voies génitales de la femme au moment du travail de l'accouchement et dans les jours qui suivent. Des précautions incomplètes aboutissent trop souvent encore à des accidents qui devraient être évités.

En second lieu, nous indiquerons, parmi les causes de la métrite post-puerpérale, l'absence de précautions hygiéniques et du repos pendant un temps suffisant après l'accouchement. Nous n'avons pas la prétention de discuter ici la question de savoir combien de temps il est nécessaire de garder au repos la malade pour obtenir un degré d'involution utérine suffisant pour que la métrite ne soit plus à redouter. Sans entrer dans le détail de cette question, ce qui nous entraînerait trop loin, nous pouvons rappeler qu'après l'accouchement, ou mieux après l'avortement, l'utérus est dans un état d'hyperplasie et de congestion qui demande des soins hygiéniques spéciaux et qui est très favorable à la réceptivité et à la multiplication des germes pathogènes. Or, parmi les malades des campagnes et parmi celles de la classe laborieuse des villes, il en est un grand nombre qui, soit par nécessité, soit par négligence, soit même par indocilité, reprennent rapidement leurs habitudes et ne gardent pas le repos pendant un temps suffisant. Tous les accoucheurs et tous les médecins savent que certaines malades restent à peine quelques jours au lit et reprennent leur vie ordi-

naire trop rapidement. Nous avons à ce sujet interrogé un certain nombre de nos malades atteintes de métrite d'origine puerpérale et quinze d'entre elles nous ont déclaré qu'elles n'avaient pas gardé le repos plus de quelques jours après leurs accouchements. Cinq de ces malades nous ont avoué s'être toujours levées deux à trois jours après leur délivrance, quelques autres ont quitté le lit le quatrième et le cinquième jour. Les plus raisonnables étaient restées immobilisées huit jours environ. Or, toutes ces malades ont déclaré en même temps qu'elles avaient commencé à souffrir dès qu'elles s'étaient levées, et il nous a été facile de constater que leur infection utérine datait du même moment. D'ailleurs, les malades de nos hôpitaux sont, elles aussi, souvent forcées de quitter trop tôt les services obstétricaux. Le nombre des malades à secourir, le petit nombre des lits mis à la disposition des accoucheurs des hôpitaux forcent, dans bien des cas, nos collègues à faire partir, d'une manière trop précoce, les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital. Il est regrettable qu'il n'existe pas d'hôpitaux de convalescentes où les accouchées pourraient être envoyées et séjourner un temps suffisant pour être capables de reprendre sans danger leurs occupations habituelles.

Parmi les causes de la métrite, nous rangerons aussi certaines circonstances obstétricales. Les accouchements longs et laborieux, et surtout ceux qui nécessitent des interventions opératoires telles que des applications de forceps, des versions, etc., paraissent être plus souvent que les autres suivis d'inflammation utérine. Dans tous ces cas, en effet, la pénétration et le séjour plus ou moins prolongé dans l'utérus de la main et des instruments multiplient les occasions d'hétéro-infection, sans compter les contusions souvent inévitables de la muqueuse utérine, qui sont autant de portes ouvertes à la pénétration des germes pathogènes.

Il nous semble aussi que la multiplicité des accouchements paraît être une cause de l'endométrite post-puerpérale. Nous avons, en effet, sur nos 89 cas, 14 malades qui avaient eu cinq grossesses au minimum. De ces 14 malades, 5 avaient eu cinq grossesses, 3 six grossesses, 2 sept grossesses, 1 huit grossesses, 1 neuf grossesses et 2 quatorze grossesses. Bien entendu, toutes ces grossesses n'avaient pas abouti à des accouchements, et un certain nombre s'étaient terminées par des avortements à des époques variables. Quoi qu'il en soit, les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants subissent un relâchement marqué des parties molles du bassin. De là, chez la plupart, un certain degré de prolapsus et de béance de la vulve, qui doivent favoriser la pénétration des microbes pathogènes dans les voies génitales et, par conséquent, l'infection de la muqueuse utérine.

Enfin, nous avons constaté dans un certain nombre d'observations les traces de déchirures considérables du col utérin. L'importance de la déchirure du col, comme cause d'infection utérine, a

été diversement interprétée. Certains auteurs, et principalement des gynécologues américains, à la suite d'Emmet et de Bennot, paraissent avoir exagéré beaucoup la valeur de cette lésion et lui ont, en effet, attribué l'origine de la plupart des affections utérines, tandis que d'autres, au contraire, et en particulier Noggerath, lui ont refusé toute action. Il est probable que la vérité se trouve entre les opinions extrêmes. S'il est sûr que certaines déchirures sont tout à fait inoffensives, il est probable aussi que cette plaie utérine, produite au moment du travail obstétrical, peut servir de surface d'inoculation et être l'origine, dans certains cas, des accidents de la métrite infectieuse. Nous avons, en effet, chez quelques-unes de nos malades, constaté des traces de déchirures importantes du col utérin et presque toutes affirmaient avoir toujours souffert depuis leur accouchement.

Nous ne saurions quitter cette étude des causes de la métrite post-puerpérale sans signaler l'importance considérable que paraissent jouer les avortements dans la genèse de ces maladies. En effet, dans les avortements connus ou méconnus, il est très fréquent de voir des débris de membranes, parfois presque imperceptibles, demeurer dans l'utérus et y devenir autant de sources d'infection. De plus, dans la plupart des cas surtout si l'avortement survient pendant les premiers mois de la grossesse, les femmes considèrent cet accident comme un fait sans importance et négligent volontairement toutes les conditions d'hygiène et de repos nécessaires. Ainsi, une de nos malades, Mme M... (obs. LXXIV), qui a eu neuf grossesses, dont cinq se sont terminées par avortement, et qui est atteinte de métrite chronique avec ovaro-salpingite droite, nous a déclaré que, tandis qu'elle restait au lit de quatre à cinq jours après chacun de ses accouchements, elle reprenait au contraire ses occupations dès le lendemain de ses fausses couches. Ce n'est là heureusement qu'un exemple particulier, mais la plupart des malades qui se blessent prennent toujours, après leurs accidents, moins de soins que pour un accouchement normal. Sur nos 89 cas de métrite puerpérale, 14 sont nettement consécutifs à des avortements, et c'est là certainement un chiffre trop faible, car tous les avortements ne sont pas reconnus, et certainement aussi tous ne sont pas avoués. Nous avons, en effet, laissé de côté tous les cas d'avortements criminels, où la nécessité de cacher sa faute prive la malade de tout soin et de tout repos.

Enfin, pour en finir avec les causes de la métrite puerpérale, nous devrions dire un mot des infections conjuguées, mais comme nous n'avons pas en notre possession de faits certains de ce mode de contamination, nous devons nous borner à la signaler.

En résumé, l'étude détaillée que nous venons de tenter des causes et du mécanisme pathogénique de la métrite post-puerpérale suffit, il nous semble, pour expliquer la fréquence de cette affection.

Il résulte aussi de cet examen qu'il est possible d'arriver à dimi-

nuer beaucoup la production de ces lésions infectieuses. En effet, la connaissance de plus en plus répandue des pratiques de l'antiseptie doit nous amener à obtenir l'asepsie complète et de l'accoucheur et de ses aides, la désinfection absolue de tous les objets qui doivent servir à la malade et l'antiseptie parfaite des voies génitales de l'accouchée, avant, pendant et après l'accouchement. D'un autre côté, on doit maintenir au lit et surveiller étroitement, pendant un temps suffisant, toutes les malades qui auront accouché ou avorté, tout en leur prodiguant les soins hygiéniques nécessaires.

Enfin, nous devons aussi faire tous nos efforts pour obtenir pour les accouchées des conditions d'hospitalisation qui permettent de les surveiller et de les soigner un temps suffisant. Par l'emploi de tous ces moyens, dont la plupart sont d'un usage facile, nous devons voir rapidement diminuer la fréquence des endométrites d'origine puerpérale. — *Journal de médecine de Bordeaux.*

PÆDIATRIE.

Les grandes indications thérapeutiques chez l'enfant. — Leçon de M. le professeur SEVESTRE à l'hôpital Trousseau. — La thérapeutique, chez l'enfant comme chez l'adulte, doit être basée sur les indications et non sur l'empirisme; il ne faut pas appliquer un traitement quelconque sans savoir ce que l'on fait. Les recherches modernes, en nous éclairant sur la cause de beaucoup de maladies, sur le mécanisme de beaucoup de leurs symptômes, ont rendu plus facile l'appréciation des indications.

En 1869, Grisolles, dans la fièvre typhoïde, prescrivait un grand nombre de remèdes sans savoir probablement toujours pourquoi.

En 1872, Jaccoud pose déjà trois indications fondamentales dans le traitement de la dothiéntérie : soutenir les forces, combattre la fièvre, combattre les congestions passives qui se produisent dans les poumons.

Aujourd'hui, nous connaissons le rôle de l'infection dans la genèse de la maladie et savons prévenir sa dissémination. Le traitement antiseptique n'a cependant pas encore produit tout ce qu'on était en droit d'attendre de lui.

Ce traitement, dans l'érysipèle, a donné de meilleurs résultats. On doit prescrire l'acide salicylique à l'intérieur et attaquer la maladie à l'extérieur par les lotions salicylées, les pommades au salol et les bains d'acide borique.

Une nourrice des Enfants-Assistés était atteinte d'un érysipèle migrateur qui durait depuis plusieurs semaines et que l'acide

salicylique administré par l'estomac à la dose de 1 gr. 50 et 2 grammes, bien qu'il ait abaissé la température, n'avait pu arrêter ; la maladie disparut rapidement sous l'influence de bains boricués.

Avant d'administrer un médicament quelconque, il faut s'enquérir de l'état de tous les organes et examiner soigneusement les reins, afin de s'assurer qu'ils peuvent toujours remplir leur rôle éliminateur. Du reste, chez l'enfant, les organes sont habituellement sains.

On doit se guider, pour faire les prescriptions médicamenteuses, non seulement sur la maladie, mais encore sur l'apparence qu'elle revêt, sur sa forme. Une maladie bénigne pourra être traitée par de simples prescriptions hygiéniques, tandis que certaines localisations exigeront une thérapeutique active.

Je voyais, il y a peu de temps, un enfant qui en était au troisième jour d'une scarlatine. A ce moment, l'éruption disparut subitement et il se produisit une diarrhée très intense dépendant évidemment d'une localisation anormale. Je cherchai alors à ramener l'éruption à la peau par des bains sinapisés. J'ai donc été conduit par un accident spécial à employer un moyen dont on se sert rarement dans la scarlatine. Le bain froid peut encore être utile dans des cas de ce genre.

Chez l'enfant, les vices d'hygiène sont très souvent la cause d'affections plus ou moins graves, en tête desquelles il faut placer celles du tube digestif. La notion pathogénique a donc une grande importance et vous pouvez beaucoup pour prévenir la maladie, pour préserver, par exemple, les petits malades confiés à vos soins de la scrofule ou du rachitisme.

L'hygiène joue encore un grand rôle dans les affections d'origine microbienne non seulement en les prévenant, mais encore en diminuant leur gravité. Il y a quelques mois, la rougeole était très grave aux Enfants-Assistés, car elle causait 56 p. 100 de morts. Actuellement, la situation des salles est bien meilleure, les pratiques de l'antisepsie bien mieux appliquées et la mortalité a baissé de moitié.

Les maladies aiguës, chez les enfants, peuvent guérir spontanément avec la simple hygiène. Chez eux, en effet, l'intégrité des émonctoires fait qu'ils éliminent facilement les bacilles et les produits toxiques.

Cela ne veut pas dire, Messieurs, que l'on doive se croiser les bras ; il faut faire de l'expectation, mais non rester dans l'inaction.

Les enfants ont une impressionnabilité nerveuse excessive, qui s'exagère encore lorsqu'ils sont malades ; les réflexes, chez eux, se produisent très facilement. On doit ménager autant que possible cet état particulier du système nerveux.

Ils ont un besoin de réparation considérable, les aliments leur sont presque toujours indispensables et ils supportent fort mal la diète.

Les indications thérapeutiques sont peu nombreuses dans le jeune âge, mais, lorsqu'elles se présentent, il faut les remplir avec énergie, rapidité et décision, car, souvent, les maladies évoluent très vite

Vous devez vous préoccuper beaucoup du mode d'administration des médicaments. C'est ainsi, par exemple, qu'il est souvent difficile de faire prendre du naphitol à un enfant. La potion sera toujours plus facilement acceptée que le cachet ou les pilules. Si vous donnez du chlorate de potasse, vous pouvez formuler de la façon suivante :

Eau.....	120 grammes.
Chlorate de potasse.....	1, 2, 3 grammes.
Sirop de framboises.....	30 grammes.

Cette potion sera d'un joli aspect, se rapprochant de celui des boissons habituelles, et aura un bon goût. Il vaut mieux la donner dans un verre ou un gobelet que dans une cuiller; cela effrayera moins le petit malade. On peut mêler certains médicaments avec les aliments. C'est ainsi que l'on pourra administrer la magnésie dans du chocolat ou du café au lait.

Si, pour l'administration du sulfate de quinine, on formule des pilules de 0,01 à 0,02, on devra le mélanger à de la confiture ou à du miel. Parfois, on préfère le lavement, mais il faut compter sur de la perte et augmenter la dose à peu près d'un tiers.

On a proposé la formule suivante, qui réussit à dissimuler à peu près l'amertume :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 50 cent.
Acide sulfurique dilué à 1 p. 100.....	0 gr. 50 "
Essence de menthe.....	V gouttes.
Solution saturée de saccharine.....	10 gr.
Eau.....	90 gr.

On a essayé de dresser des tables indiquant les doses des médicaments à prescrire aux enfants, selon leur âge, par rapport aux doses que l'on donne chez l'adulte. Si, par exemple, l'adulte a 1, l'enfant âgé de moins de 1 an aura 1/5, 1/10; celui âgé de 2 ans aura 1/8; celui âgé de 3 ans aura 1/6; celui âgé de 4 ans aura 1/4; celui âgé de 7 ans aura 1/3; celui âgé de 10 ans aura 1/2.

Cette table est beaucoup trop générale. C'est ainsi que l'on ne peut prescrire à un enfant de 2 ans le huitième de la dose d'opium que l'on donne à un adulte. Il supportera, au contraire, très bien une dose supérieure de belladone. L'enfant tolère même mieux l'antipyrine que l'adulte.

La médication antiseptique intestinale est une de celles que vous aurez le plus souvent à prescrire, et vous devrez avoir recours aux vomitifs et aux purgatifs.

Le sirop et la poudre d'ipéca seront surtout employés comme

vomitifs ; vous prescrirez une cuillerée à café de sirop toutes les cinq minutes jusqu'à effet. Le tartre stibié sera bien plus rarement indiqué et il ne faudra pas dépasser la dose de 1 à 2 centigr. L'apomorphine est un moyen infidèle.

L'huile de ricin, 15 à 20 grammes, est le purgatif habituel ; on peut essayer d'en masquer le goût avec du jus d'orange. La limonade citrique sera facile à faire accepter :

Citrate de magnésie	25 grammes.
Eau.....	(Le plus possible)
Sirop de cerises	q. s.

Il faut arriver à avoir de 100 à 120 grammes de liquide.

Le calomel est très facile à prendre et est, de plus, antiseptique. On prescrira 0,05 par an. Enfin, vous aurez encore la ressource des eaux purgatives.

Pour l'antisepsie intestinale, vous vous trouverez bien du mélange de glycérine et de poudre de charbon, recommandé par Bouchard ; les petits enfants l'acceptent bien s'il est en pâte molle. Le naphтол ne peut être prescrit qu'en cachets ; mais on peut le remplacer par le bétol ou salicylate de naphтол, qui n'a pas de goût et peut être donné aux doses de 1 gr. et 1 gr. 40 en cachet ou en potion gommeuse. Quand on donne un lavement, il ne faut remplir que le tiers de l'irrigateur.

Pour l'antisepsie externe, vous recourrez aux bains, même dans les maladies aiguës, aux lotions avec l'eau boriquée, le vin aromatique, l'eau bouillie.

L'antisepsie pulmonaire directe est inapplicable ; ce n'est qu'en tâchant de purifier complètement l'air inspiré que nous pourrions espérer remplir les indications.

Pour la gorge, les gargarismes peuvent être employés et vous aurez recours aux solutions boriquées ou chlorurées ; la dose de chloral doit être de 1 ou 1½ p. 100.

Je vous ai déjà indiqué comment il fallait prescrire le sulfate de quinine. L'aconite a une certaine action sur la fièvre ; les doses convenables sont celles de II, III, IV gouttes dans un peu d'eau.

Dans les états nerveux, les bains tièdes ont une très heureuse influence ; le bromure sera aussi fort utile, et voici un exemple de potion bromurée :

Bromure de potassium.	1 gr.
Eau.....	75 gr.
Sirop de Flon	25 gr.
Eau de laurier cerise.....	1 gr.

Les enfants, je vous l'ai dit, sont extrêmement nerveux. Il s'ensuit qu'il faut être très réservé dans les pratiques de la médication révulsive. On ne doit jamais se servir du thapsia, et il faut surveiller de très près l'emploi des vésicatoires. Ces derniers ne doivent pas rester plus de trois heures en place et il faut, avant de les appliquer, nettoyer la peau avec du savon et du sublimé. La formation de la cloque, si elle est tardive, est favorisée par un

cataplasme. Le pansement sera fait avec du protective et de la ouate boriqués. Ce n'est qu'en procédant ainsi que l'on évitera tout danger.

La teinture d'iode doit être fraîche, sinon elle est cause d'inflammation ; enfin, les cataplasmes sinapisés seront préférés aux sinapismes en feuilles.

Ces quelques considérations, messieurs, vous prouvent que la thérapeutique, chez l'enfant, diffère, dans beaucoup de points, de celle à laquelle on peut avoir recours chez l'adulte ; vous devez donc toujours songer aux difficultés spéciales en présence desquelles vous pouvez vous trouver.—*Union médicale.*

Broncho-pneumonie des enfants ; traitement.—Selon le Dr Saint-Philippe, au point de vue de ce traitement, il y a deux indications, une légitimée par un élément fixe, la bronchite ; l'autre par un élément mobile, la lésion pulmonaire ; mais cette dernière prime de beaucoup la première, car la poussée congestive peut être subite, étendue et entraver l'hématose au point d'amener la mort en peu d'heures. C'est contre cet élément congestif qu'agit la quinine administrée par la bouche, le rectum ou sous la peau. Elle se donne dans du café noir ou avec l'extrait de réglisse. Chez les enfants petits et indociles, on a recours au lavement ou à la pommade ; mais ces préparations sont lentes à agir et peu fidèles. Il vaut mieux faire pénétrer le médicament par injections sous-cutanées d'après la formule suivante :

Quinine (chlorhydrate de).....	2 à 4 grammes.
Glycérine	{ à 10 —
Eau	

On peut introduire ainsi de 0,20 à 0,40 centigrammes de médicament, en injectant deux seringues de la solution, qu'on tiédit, si elle se trouble par le froid.

La quinine forme le fond du traitement, mais on lui adjoint les mouches de Milan, au niveau des divers foyers de râles, ou le vésicatoire. L'auteur les fait même suppurer quelque temps. Dans le catarrhe suffocant, on a recours aux sinapismes, aux vésicatoires larges, aux ventouses scarifiées, aux sangsues, en mesurant l'intervention à l'âge de l'enfant.

Comme médicament supplémentaire, on peut se servir de l'alcoolature de racines d'aconit (V à XX gouttes en vingt-quatre heures ; 1 à 2 gouttes toutes les heures) dans le sirop d'ipéca composé, dans la bronchite intense : dans le sirop de quinquina ou de punch, si l'état général est mauvais.

Contre l'excitation, pas d'opium, mais des bains tempérés et un peu d'antipyrine ; si la toux est quinteuse, des fumigations.

Dans les cas très intenses, la quinine et l'aconit le cèdent à la caféine en injections sous-cutanées, puis à la digitale et à l'alcool. L'oxygène en inhalation fait bien mieux que les injections d'éther.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

FORMULAIRE

Alopécie.

Alcool à 80 p. 100	2½ onces.
Alcool camphré.....	75 minimes.
Rhum	75 "
Teinture de cantharides.....	75 "
Glycérine	75 "
Essences de santal, de gaulthérie et de roses, àâ	5 gouttes.
Muriate de pilocarpine	7½ grains.

M.—En lotions. Excellent dans l'alopecie consecutive aux maladies aiguës.—*Union médicale.*

Otalgie.

P.—Camphre-chloral.....	5 minimes.
Glycérine	33 "
Huile d'amande douce.....	20 "

M.—Trois gouttes de ce mélange placées sur un bourdonnet de charpie et introduites dans le conduit auditif, deux fois par jour.
—*Chemist and Druggist.*

Goutte.

P.—Collodion élastique.....	5 parties.
Ether	5 "
Acide salicylique.....	4 "
Muriate de morphine	1 "

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

Fétidité de Phaleine.

P.—Saccharine	15 grains.
Acide salicylique.....	15 "
Bicarbonate de soude.	15 "
Alcool.....	1 once.
Huile essentielle de menthe	10 gouttes.

M.—Dose: Une cuillerée à thé dans un verre à vin d'eau chaude, en gargarisme, une ou deux fois par jour.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

Dyspepsie.—Dujardin-Beaumetz.

P.—Sous-nitrate de bismuth	2½ drachmes.
Carbonate de magnésie.....	2½ "
Craie préparée.....	2½ "
Phosphate de soude	2½ "

M.—Divisez en 40 paquets. Dose: Un paquet après chaque repas.—*Union médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Redacteur-en-chef: Dr H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1891.

BULLETIN.

Amendements à la loi médicale.

Depuis la publication de notre dernière livraison, le Bureau Provincial de médecine s'est réuni en assemblée extraordinaire, à Montréal, le dernier mercredi d'octobre, et a longuement discuté le projet de loi médicale à soumettre à l'examen et à l'approbation de la Législature.

Ce projet de loi, nous en avons donné la teneur en publiant le rapport officiel de la réunion semi-annuelle de septembre, mais le Bureau vient de lui faire subir certaines transformations qui en changent quelque peu l'aspect. Ainsi, le cours d'études médicales devra être de quatre années au lieu de cinq tel qu'abord projeté, et devra comprendre quatre années ou *sessions consécutives* de cours universitaires. Si les cours universitaires doivent être de neuf mois au lieu de six tel que ci-devant, nous ne nous opposons pas à ce que le nombre d'années d'étude soit réduit de cinq à quatre. Nous considérons que les cours de six mois constituent une véritable anomalie et sont absolument insuffisants. Que veut-on que fassent les élèves pendant six mois de vacances? Peut-être voudra-t-on, s'ils résident à la campagne, les astreindre à *suivre* le cabinet d'un praticien, comme cela se faisait fort autrefois, si nous avons bonne mémoire. Or nous savons à quoi se réduit la chose en réalité: à étudier environ une heure par jour, le reste du temps se passant à causer, à *blaguer* même, si l'on veut, ou à culotter des pipes. Pour les élèves résidant en ville, il y a bien le service des hôpitaux. Mais si les services d'hôpitaux sont ouverts, les cliniques ne le sont pas, les professeurs en titre prenant vacance eux aussi, et une grande partie des matériaux cliniques sont perdus.

D'ailleurs nous l'avons déjà dit, les élèves eux-mêmes s'accordent presque unanimement à demander des cours de neuf mois, comprenant qu'il est absurde et ridicule de consacrer à un repos presque absolu la moitié du temps exigé par le Bureau pour les études médicales.

Il est une autre innovation que le Bureau a résolu, à une forte majorité, d'introduire dans l'*Acte médical*. C'est la création d'un Bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine.

Nous avons toujours été favorables à ce projet. Pour nous, la création d'un Bureau central devra mettre fin à l'admission parfois trop facile de candidats dont le bagage scientifique léger les met peu en état de se lancer dans les hasards de la clientèle active. En outre, il nous permettra de nous protéger contre l'envahissement des médecins étrangers, surtout ceux d'Ontario, qui, jusqu'à aujourd'hui, ont été admis à exercer librement dans les limites de la province, pendant que les gradués de nos universités et écoles canadiennes françaises se voyaient impitoyablement refuser l'accès de la province voisine s'ils n'avaient d'abord subi un examen satisfaisant devant le Bureau central du Collège des médecins de la province-sœur. Souvent discutée devant notre Bureau à nous, la question de la réciprocité médicale n'a jamais reçu de solution satisfaisante. Certains gouverneurs, plus naïfs qu'habiles, et plus intéressés qu'ils ne le voulaient laisser voir, ont constamment voté en faveur de l'admission *en franchise* des gradués étrangers. Il est possible qu'ils y eussent quelque profit personnel, mais nous avouons pour notre part ne guère aimer ce simulacre de libre-échange dans lequel les avantages sont tous du côté des étrangers. Si nos gradués sont astreints à un examen à leur arrivée dans Ontario, il n'est que juste que les médecins venant d'Ontario, si diplômés qu'ils soient, ou ayant à la remorque de leur nom toutes les lettres de l'alphabet, comme cela se voit souvent, soient soumis à des conditions analogues.

Nous espérons donc que les deux amendements précités seront adoptés par la Législature comme ils viennent d'être approuvés par le Bureau des Gouverneurs, et que sous peu l'on verra disparaître ces deux contre-sens: la réciprocité (?) médicale inter-provinciale, et l'octroi de la licence provinciale sans autre examen que celui des Facultés.

Ton oncle, dis-tu, l'assassin
 M'a guéri d'une maladie;
 La preuve qu'il ne fut jamais mon médecin,
 C'est que je suis encore en vie.

BOTLEAU, Epigr. XXI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DESROSIERS.—*Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie*, par M. E. DESROSIERS, M. D., professeur de thérapeutique à l'Université Laval, professeur de matière médicale au Collège de Pharmacie de Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.—Un fort volume in-8° de 800 pages. Prix : cartonnage toile, \$5.00 ; reliure pleine, \$6.00.—Montréal, J. M. VALOIS, éditeur, 1626 rue Notre-Dame, Montréal.

Le *Traité de Matière médicale et de Thérapeutique* que notre collègue M. le Dr Desrosiers vient de livrer à la publicité, et qui résume l'enseignement donné par lui à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal de 1880 à 1891, était attendu depuis longtemps. Seules les circonstances que le lecteur connaît déjà ont empêché l'auteur et l'éditeur de satisfaire, dans les limites d'abord fixées, la légitime impatience des souscripteurs. Nous les félicitons tous deux de n'avoir pas perdu courage, et d'avoir, confiants en l'avenir, entrepris à nouveau l'œuvre que l'incendie venait de détruire.

Le *Traité* de M. le Dr Desrosiers se divise en cinq parties distinctes. Dans les *Notions préliminaires* sont étudiées l'absorption, l'action et l'élimination des médicaments en général, les antagonismes et les synergies, le mode et la voie d'administration et le dosage. L'étude de ces principes généraux est nécessaire à qui veut comprendre leurs applications à chaque médicament en particulier. Puis vient la classification, basée à la fois sur l'action physiologique et sur les effets thérapeutiques, un médicament étant, par exemple, rangé parmi les dépresso-moteurs, non seulement parce qu'il exerce une action dépresso-motrice, mais aussi parce qu'on l'emploie surtout dans le traitement des maladies caractérisées par l'augmentation du pouvoir excito-moteur : convulsions et affections spasmodiques.

Vient alors l'étude des *Médications*, d'après cette même classification. Dans cette partie, le praticien et l'élève voient l'action et le mode d'action des diverses classes et subdivisions : modificateurs du système nerveux ; hypnotiques, analgésiques etc. ; modificateurs de la circulation, etc. Cette partie sera surtout d'un grand secours aux élèves, en leur faisant étudier les médications dans leur ensemble, et leur permettra ainsi de pouvoir entreprendre avec une facilité relative l'étude des médicaments en particulier. Quant à ces derniers, l'ordre alphabétique, d'après lequel ils sont classés, a permis à l'auteur de les traiter à fond et d'épargner au

lecteur des recherches souvent fort ennuyeuses quand il faut parcourir tout un volume pour avoir des renseignements complets au sujet d'un remède. L'étude de chaque médicament est donc absolument complète par elle-même. Elle porte principalement sur l'action physiologique et sur les usages des médicaments. Nous félicitons l'auteur, d'avoir compris ici les véritables besoins du praticien, en n'accordant qu'une attention secondaire aux détails de pure pharmacologie, pour s'attacher surtout à l'action du remède sur l'organisme et à ses applications au traitement des maladies. Dans cette étude, aucun des nouveaux remèdes n'a été oublié, et le lecteur y puisera des renseignements aussi complets sur l'*antipyrine*, l'*antifébrine*, l'*aristol*, la *spermine*, la *phénacétine*, la *microcicine*, l'*ural*, l'*exalgine*, etc., que sur les bons vieux médicaments tels que les *mercuriaux*, les *arsénicaux*, les *ferrugineux*, etc.

Les doses de tous les médicaments sont indiquées en onces et grains, en même temps qu'en grammes, et nous croyons que cette disposition sera de nature à faciliter singulièrement l'étude de la posologie. Les doses indiquées pour toutes les préparations officielles sont celles de la pharmacopée britannique.

Un paragraphe intitulé *Toxicologie* est ajouté aux médicaments toxiques et renferme les indications du traitement dans les cas d'empoisonnement par ces substances dont il complète pour ainsi dire l'étude.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la *Thérapeutique spéciale* ou *appliquée*. Elle comprend l'énumération, par ordre alphabétique, des principales maladies, avec l'indication des médicaments employés à leur traitement; 255 maladies ou symptômes importants sont ainsi traités. Telle qu'elle se présente, cette partie du *Traité* de notre collègue sera des plus précieuses pour le médecin dont la mémoire a parfois besoin de se rafraîchir et de passer rapidement en revue les substances à employer dans la thérapeutique des maladies.

Ajoutons enfin qu'en vertu d'une simple disposition typographique, le lecteur est, en ouvrant le volume, immédiatement mis en demeure de déterminer le degré d'attention et d'importance thérapeutique qu'il doit accorder aux médicaments. C'est ainsi que les médicaments les plus importants et les plus souvent employés sont imprimés en caractères ordinaires avec *sous-titres*: action physiologique—auxiliaires—antagonistes—usages—contre-indications—administration et doses. Pour les médicaments d'importance secondaire, bien qu'ils soient, eux aussi, imprimés en caractères ordinaires, les sous-titres sont plus rares, un même sous-titre comprenant à la fois l'action physiologique et les usages. Enfin, les substances peu employées ou moins connues, qu'elles soient d'ancienne date ou de découverte très récente, ne comportent aucune espèce de sous-titre et sont imprimées en caractères plus petits. Comme le fait observer l'auteur dans sa préface, "ces

dispositions toutes typographiques permettent de distinguer au premier coup d'œil les médicaments importants de ceux qui le sont peu ou qui ne le sont pas, et de leur accorder d'emblée, suivant leur mérite, la part d'attention et d'application qui revient à chacun d'eux.

Nous félicitons notre collègue d'avoir su mener à bien, au milieu de nombreuses difficultés—dont l'incendie n'a pas été le moindre—l'œuvre à laquelle il avait, depuis dix ans, consacré son temps et son énergie. Le succès qu'il remporte aujourd'hui—car l'ouvrage se vend avec une extrême rapidité—est aussi mérité que légitime, et nous voulons être des premiers à nous réjouir de voir que le premier traité réellement sérieux de médecine publié en cette province soit sorti de la plume d'un médecin canadien français, et que ce médecin est le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

La partie typographique du TRAITÉ est des mieux soignées et fait également honneur à la maison Perrault qui l'a imprimé, et à Monsieur Valois qui en est l'éditeur. Comme on le voit, tout est canadien français dans cet ouvrage: auteur, éditeur, imprimeur, relieur, voir jusqu'au papier qui sort des ateliers de la Fabrique Rolland. Au reste, le lecteur saura apprécier.

A. L.

LAPTHORN SMITH.—A plea for the extra-peritoneal treatment of the stump in abdominal hysterectomy for fibroids, by A. Laphorn Smith, of Montreal.

GOULD.—The statistics and lessons of fifteen hundred cases of refraction, by Geo. M. Gould, M.D., Philadelphia.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Paris médical*, ci-devant dirigé par M. le Dr E. Bouchut, vient de se fondre dans la *France médicale*, journal hebdomadaire dont le rédacteur en chef est M. le Dr Chevallereau. Les deux journaux n'en font plus qu'un désormais et M. le Dr Bouchut a pris rang parmi les collaborateurs de : *La France médicale et Paris médical*.

—La durée de la gestation pour les diverses espèces animales est comme suit: cheval, 11 mois; âne, 11 mois; chameau, 12 mois; éléphant, 2 ans; lion, 5 mois; buffle, 12 mois; vache, 9 mois;

mouton, 5 mois; cerf, 8 mois; singe, 7 mois; ours, 6 mois; truie, 4 mois; chien, 9 semaines; chat, 8 semaines; lapin, 4 semaines; cochon-d'inde, 4 semaines; loup, 90 à 95 jours. Les oies couvent 30 jours; les cygnes, 42 jours; les poules, 21 jours; les canes, 28 jours; les dindes, 28 jours; les serins, 14 jours; les pigeons, 14 jours; les perroquets, 40 jours.—*Times and Register*.

—Un médecin, d'origine polonaise, M. Stanislas ZALEWSKI, vient de mourir, à Bordeaux, à l'âge de cent onze ans. M. Stanislas Zalewski était né à Varsovie, le 25 décembre 1780. C'était un descendant de l'illustre et puissante famille des Zalewski, dont le nom revient souvent dans les fastes de l'histoire de la Pologne, et que les Russes condamnèrent plus tard au bannissement, après avoir confisqué leurs biens. M. Zalewski a joui, jusque dans ces derniers temps, d'une santé excellente et de la plénitude de ses facultés. Pendant longtemps, M. Stanislas Zalewski a exercé la médecine à Bordeaux, mais depuis une trentaine d'années il avait abandonné ses fonctions; il vivait dans une modeste chambre où il vient de mourir, d'une maigre pension que lui faisait le gouvernement français. Tout d'abord froid et réservé vis-à-vis des curieux qui venaient sans cesse l'importuner, son amabilité et sa loquacité habituelles reprenaient bien vite le dessus. Il se plaisait alors à narrer ses souvenirs. Il parlait de Napoléon, qu'il vit à Moscou, passant une revue, comme d'une personne rencontrée hier, ce qui fait songer à la manie de Chevreul..... Les trois années qu'il passa à Paris avec sa famille pendant la Révolution, de 1790 à 1793, avaient laissé dans son esprit des souvenirs ineffaçables. Il retraçait avec détails l'exécution de Louis XVI, exécution à laquelle il assista, caché derrière une fenêtre et blotti contre sa mère, qui ne pouvait contenir ses sanglots.—*Progrès médical*.

Nécrologie.—A Ste-Rose (comté de Laval), M. le Dr. Michel FILIATRAULT.

Tuberculine de Koch.—Le nom de tuberculine, donnée officiellement à la lymphe de Koch ne serait pas absolument nouveau. Les homœopathes américains, d'après le *New York Medical Record* auraient employé sous le nom de *tuberculinum* un remède qui n'était autre chose qu'une dilution de crachats de phtisiques!

La variole.—En dépit des rumeurs au contraire, la variole ne semble pas vouloir se répandre dans la province de Québec. Les quelques cas signalés à la campagne, il y a deux ou trois semaines, sont restés isolés, grâce sans doute aux mesures préventives prises par les autorités sanitaires des localités menacées. Aucun cas n'a, jusqu'à ce jour, été constaté à Montréal.

Les journaux de médecine à Paris.—D'après un rapport de M. E. Arène sur le budget du Ministère de l'Intérieur, il se publie à Paris, à l'heure actuelle, *cent quarante-cinq* journaux de médecine et de chirurgie, et *huit* de pharmacie et droguerie. Or il n'y a à Paris que 161 journaux politiques.—La médecine intéresse donc bien des gens (!). C'est tout simplement invraisemblable, mais très-exact.

Les médicaments; imprudence fatale.—Un élève d'une pharmacie hessoise ayant eu à exécuter une formule dans laquelle entraient: une solution à 20 pour 100 d'acide chromique, de l'acide salicylique et de l'alcool, eut l'imprudence d'introduire directement les cristaux d'acide chromique dans l'alcool; une explosion s'ensuivit et le malheureux eut les yeux brûlés. Terrible exemple des suites que peut avoir l'ignorance professionnelle.

La vaseline devant remplacer le savonnage avant l'usage du rasoir.—Quoique l'application soit connue, il est peut-être utile, dans un but de vulgarisation, de rappeler que la vaseline remplace avantageusement le savonnage précédant l'usage du rasoir. C'est à la fois plus expéditif et plus commode. De plus, l'usage de la vaseline blanche, ou pétroléine, n'est suivi d'aucune irritation. La vaseline remplacera donc avantageusement le savon lorsqu'il s'agira de raser proprement, rapidement et sans irritation une surface quelconque du corps.

Les centenaires.—Dans un asile, à Birmingham, vient de mourir une femme âgée de 103 ans. Elle était née dans le comté de Somerset, en 1788, et avait été jusque dans les derniers temps de sa vie au service de Lady Walpole.—On annonce également la mort, à 101 ans, de Mme Thring, veuve d'un ecclésiastique et mère de plusieurs fils distingués, parmi lesquels lord Thring, le célèbre légiste, chargé de la rédaction technique des projets de loi ministériels. Voir aussi ce que nous disons plus haut de M. le docteur Zalewski.

Les médecins au théâtre.—La censure de Vienne (Autriche) a interdit la représentation de la comédie de M. Abraham Dreyfus: *D'une heure à trois*, comme portant atteinte à la considération du corps médical. Le directeur du Carl-Theater, M. Blasel, fait des efforts pour obtenir la levée de l'interdiction. Nous espérons qu'il obtiendra gain de cause. Tant qu'il y aura des malades—et il y en aura longtemps—il y aura des médecins, malgré tout ce que pourront dire et écrire MM. les auteurs dramatiques. Une preuve de plus que la censure n'a jamais servi qu'à mettre des bâtons dans les roues du char de la Gaité française.—*Progrès médical.*

Magistrats et rebouteurs.—*L'Année médicale de Caen* relate un fait fort instructif. Deux médecins ayant réduit une luxation de l'épaule, envoient leur note d'honoraires, à 40 fr. Refus de paiement; assignation en justice de paix. Le juge de paix a réduit la note à 30 fr., parce que le client affirmait qu'il avait dû faire compléter la réduction par un rebouteur, M. Guillard (propriétaire (?) à Moulton, déjà condamné en mai dernier à 15 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine). S'appuyer sur un fait d'exercice illégal pour justifier une réduction d'honoraires, c'est assez coquet! Recommandé spécialement aux tribunaux, dont la bienveillance à l'égard des médecins est bien connue.

Un cas d'exercice illégal de la médecine.—Depuis quelque temps déjà, on distribuait, à Paris, aux passants, des prospectus verts, sur lesquels on lisait: "Drs Armand et Martile. Cabinet médical, 25 passage Saulnier. Consultations, etc., etc." Un certain nombre de personnes n'hésitèrent pas à se rendre à l'adresse indiquée pour demander un remède à leurs souffrances, mais beaucoup n'eurent pas à se louer du traitement, et des plaintes furent adressées au parquet contre les docteurs. Mardi après-midi, vers quatre heures, le commissaire de police du faubourg Montmartre, agissant en vertu d'une commission rogatoire, s'est rendu au n° 25 du passage Saulnier, et dans le cabinet médical il a trouvé installé un individu qui a déclaré se nommer Anastet, et exercer la profession de pharmacien. C'était Anastet qui représentait les Drs Armand et Martile, absolument introuvables. Le pharmacien a avoué qu'il signait tantôt de ce nom, tantôt de l'autre, les ordonnances qu'il remettait aux personnes qui daignaient recourir à ses soins. Les ordonnances ne portaient guère des noms scientifiques, et le soi-disant docteur fournissait à ses clients des médicaments de sa composition. Sur les livres saisis chez lui on lit des formules très simples et très explicites, telles que les pilules réfrigérantes, la liqueur des dames, l'eau d'Hercule, etc., etc. La réputation des Drs Armand et Martile s'était répandue en province, et sous ces deux noms Anastet recevait des lettres et donnait des consultations par correspondance. L'enquête faite a établi que le soi-disant médecin faisait vis-à-vis de ses malades un usage immodéré de la morphine.—*Temps.*

Les abonnés de L'UNION MÉDICALE désirant se procurer le *Traité de matière médicale* du Dr. DESROSIERS, sont priés de s'adresser soit à l'éditeur, 1626 rue Notre-Dame, soit à l'auteur, 94 rue St. Denis. L'ouvrage leur sera expédié *franco*, sur réception du prix. (Voir page 608).

VARIÉTÉS.

Le cœur de Louis XVII.—M. le docteur Durcau a publié, il y a quelque temps déjà, dans la *Gazette médicale*, la curieuse note suivante :

M. le professeur Tillaux, sympathique à tous, a inauguré son cours de clinique chirurgicale par une leçon très bien faite dans laquelle il a jeté un coup d'œil sur l'histoire de cette clinique. Un détail de sa leçon nous a intéressé tout particulièrement : il s'agit du cœur de Louis XVII. L'on sait que Philippe-Joseph Pelletan, le grand chirurgien, émule et successeur de Desault, avait été chargé de faire l'autopsie du pauvre enfant mort au Temple et qu'il avait conservé le cœur du dauphin. Pendant la restauration, Pelletan fit toutes les démarches nécessaires pour rendre à la famille royale le viscère conservé, mais d'une part il n'était pas bien en cour, de l'autre il fallait démontrer l'authenticité de l'organe, et Pelletan mourut en 1829, laissant à son fils, professeur comme lui, le soin de continuer les démarches. M. le professeur Tillaux demande, avec notre confrère Corlieu, ce que le cœur de Louis XVII est devenu. Je puis le leur dire.

En juillet 1830, il se trouvait sur le bureau de l'archevêque de Paris, de Quelen, et l'archevêché ayant été pillé, la nouvelle en parvint à P. Pelletan qui, pendant la bataille même, se rendit à l'archevêché occupé par la garde nationale. Pelletan se fit connaître de l'officier commandant et, accompagné par lui, se rendit de suite dans le cabinet de l'archevêque où, au milieu des papiers et objets divers qui jonchaient la pièce, il put retrouver la boîte intacte qui contenait le précieux viscère ; il le remporta chez lui, n'ayant pas le temps de chercher en même temps le volumineux dossier qui jadis avait accompagné la boîte. Pelletan, pour obéir à la volonté de son père, une fois les événements politiques accomplis, se mit en devoir de reconstituer le dossier perdu, et au bout d'un certain temps, il entama avec le représentant du comte de Chambord des négociations analogues à celles commencées par Louis XVIII et Charles X, mais il mourut en 1845.

Enfin, son frère, Gabriel Pelletan, que nous avons tous bien connu, est mort en 1879, laissant à ses héritiers, avec une belle fortune, le soin de poursuivre les négociations entamées, soin qui était une sorte de condition du legs. J'ai eu l'occasion, à cette époque, de voir le notaire chargé de régler cette succession ; devenu notaire honoraire depuis peu, il s'était chargé, comme l'un des exécuteurs testamentaires, de continuer la reconstitution du

Dossier réclamé par la famille du comte de Chambord, et il a copié, à l'Académie, les divers documents du temps que je lui ai mis sous les yeux ; il paraissait satisfait de ses recherches, mais la mort du comte de Chambord est survenue sur ces entrefaites. Le cœur de l'infortuné Louis XVII est peut-être encore relégué dans quelques vieux carton d'étude de notaire !

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT.

Ce que le médecin doit aux malades. (1)

La question des honoraires.

La vie du médecin est une vie d'étude et de dévouement et, s'il n'est pas de carrière plus laborieuse et plus asservissante que la sienne, il n'en est pas où un homme de cœur puisse répandre plus de bien autour de soi.

On entend parfois un médecin harrassé de fatigue maudire le *métier*. Ne le croyez pas sur parole : il est de mauvaise humeur parce qu'il est surchargé en ce moment ; il le serait bien plus s'il n'avait rien à faire du tout ! Dans des panégyriques sur des tombes, des orateurs traitent volontiers la médecine de *sacerdoce*. C'est une autre exagération... permise aux épitaphes. En réalité, la médecine n'a ni la bassesse du métier, ni la sublimité de l'apostolat, c'est une *profession* présentant, comme la lune, une face lumineuse plus ou moins large et un côté sombre ou, comme toute chose en ce monde, des avantages et des inconvénients.

On ne pratique plus la médecine uniquement pour l'amour de Dieu, on ne se fait pas médecin comme on se fait Sœur de charité, et, si sacerdoce il y a, le prêtre vit de l'autel. Il en vit même très bien. Je ne parle pas seulement des princes de la science qui, partis de la gêne, finissent par laisser des millions—les princes sont toujours une exception— mais voyez le plus humble praticien de campagne : il a abordé la carrière sans fortune ; ses études ont absorbé son petit capital et c'est parce qu'il n'a pas le temps d'attendre la clientèle tardive des grandes villes et qu'il lui faut gagner de l'argent tout de suite, qu'il s'établit au village... où il arrive riche d'espérances seulement. Son titre de Docteur et son éducation le rangent tout de suite dans l'aristocratie de l'endroit, lui permettent de faire ce qu'on appelle un beau mariage et, au bout de quelques années, pour peu qu'il ait de l'activité et de l'ordre, s'il y a trois belles maisons entourées de jardins dans le

(1) Suite. Voir la livraison de juillet.

village, soyez bien sûr qu'il occupe l'une d'elles. On dit la carrière encombrée: connaissez-vous un médecin qui n'ait point su trouver place? En connaissez-vous beaucoup qui se déplacent?

Dans le commerce, les affaires, l'industrie, dans les autres professions libérales, il faut des capitaux, c'est-à-dire l'épargne faite sur la sueur des ancêtres, et il y a les risques à courir. Le médecin, lui, ne risque rien: sa seule mise de fonds est son savoir et son travail personnels, en échange desquels il a droit à des honoraires.

Les Américains et les gens pratiques, habitués à estimer toute chose en raison de sa production, disent d'un homme qui gagne 5000 fr. l'an qu'il en vaut cent mille. Un jeune médecin de 25 ans a coûté à élever à sa famille environ 50,000 fr.:—il peut avoir coûté plus et valoir moins, et réciproquement — or, à 5070, ce qui est déjà un joli intérêt, il devrait rapporter 2,500 fr. dès sa première année d'exercice; pas de quoi vivre décemment, sans doute, mais son gain doit augmenter tous les ans en raison des intérêts composés, c'est-à-dire de la plus-value qu'apportent au praticien le temps, le travail et l'expérience. Chacun étant ainsi rétribué selon sa valeur industrielle ou commerciale, personne n'aurait à se plaindre. Malheureusement tout le monde n'est pas également heureux ou habile à faire fructifier son capital, et pour beaucoup la fortune reste toujours au-dessous du mérite.

Le client est parfois porté à déprécier les services rendus, — le médecin à les exagérer, et, comme il est universellement reconnu qu'on ne saurait être à la fois juge et partie, il conviendrait de laisser fixer le taux des honoraires par des arbitres ou des experts, habiles à se tenir en équilibre sur la ligne étroite qui sépare les réclamations trop timides des exigences draconiennes. Les dissentiments entre débiteur et créancier ne sont pas rares et toujours extrêmement désagréables: on s'attendait à des remerciements et on reçoit des récriminations! Pour éviter au moins les réclamations fondées, quand vous aurez à rédiger une note d'honoraires, ayez à vos côtés les vertus pondératrices qu'on appelle la modération, la droiture ou l'équité, comme les orateurs du Forum romain avaient leur joueur de flûte: c'est le moyen de rester dans la mesure et d'avoir la note juste!—(A suivre).

—Entre deux confrères de la Faculté de Paris:

—Avez-vous des nouvelles de X... ?

—Hélas! notre pauvre collègue est bien bas... un lent suicide...

—Vraiment, vous croyez?

—Parbleu! il se soigne lui-même.