

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

PERITONSILITE SUPPURÉE, ABCÈS PÉRI-AMYGDALIEN (1)

SA PATHOGÉNIE ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par le Dr J. D. PAGÉ

Bien que l'opportunité de la spécialisation soit admise de tous, il n'en est pas moins vrai que certaines parties du domaine de la médecine continueront nécessairement d'être un champ commun d'action pour le spécialiste et le praticien général.

Par leur siège, certaines affections paraîtraient devoir appartenir à la spécialité. Mais il arrive que par l'absence de leur pronostic, elles sont le plus souvent traitées par le praticien général. Nous devons admettre que celui-ci pourrait difficilement persuader ses malades de recourir au spécialiste, qui pourrait toutefois dans certains cas, les soulager plus promptement par une intervention, que le praticien n'ose pas toujours entreprendre, peut-être seulement parcequ'il ne la connaît pas assez.

Comme exemple, je citerai la maladie encore improprement décrite sous le nom de "Amygdalite suppurée," dans la plupart des ouvrages actuellement entre les mains de la profession.

(1) Communication à la Société Médicale de Québec. Séance du mois de Décembre 1904.

Nous connaissons tous l'étendue des malaises et des souffrances qui accompagnent parfois cette affection, aussi bien que les ennuis du médecin appelé à la traiter.

Le spécialiste étant sensé être plus au fait de ces cas particuliers, il me semble qu'il est en quelque sorte tenu de venir en aide à son confrère qui n'a pas les mêmes opportunités, en lui faisant part des connaissances qu'il croit être les plus pratiques pour mener ces mêmes cas à bonne fin, et dans les meilleures conditions possibles.

C'est avec cette impression que, me rendant à l'invitation de votre digne et zélé secrétaire, je m'adresserai plutôt au praticien général en vous parlant ce soir de l'affection que l'on doit désigner sous le nom de "Péritonsillite Suppurée," ou "abcès Péri-Amygdalien."

Cette affection assez commune dans la pratique courante, offre à l'heure actuelle un intérêt nouveau par la connaissance plus exacte que nous en avons, et par les moyens plus précis de traitement que la clinique nous révèle, tant pour couper court à l'attaque, que pour en empêcher les récides.

L'abcès que nous localisions autrefois dans l'amygdale siège en réalité dans le tissu cellulaire de son voisinage.

J'entendais pour la première fois cette assertion faite d'une manière emphatique, à la clinique du Post-Graduate de New-York, au printemps de 1903.

Les nombreuses démonstrations dont je fus témoin dans la suite, ne tardèrent pas à avoir raison d'une conviction erronée, déjà vieille chez moi, et qui avait subsisté pendant d'assez nombreuses années de pratique générale, malgré bien des déceptions au cours du traitement de cette affection.

Pour mieux nous rendre compte de son origine véritable, demandons-nous d'abord combien de fois nous avons vu l'abcès

survenir au cours d'une première attaque d'amygdalite, quel qu'en fut la variété.

Si la mémoire de nos cas nous permet de répondre à cette question, bien peu je crois, pourront le faire dans l'affirmative.

L'observation clinique semble mettre en évidence, le fait que toute la complication qui survient dans une première attaque, est l'adhérence de la glande au pilier dans une étendue plus ou moins grande, et encore cette complication passe-t-elle inaperçue. La conséquence immédiate de cet accident est généralement la formation d'un cul-de-sac, qui servira désormais de receptacle à tout ce que le hasard permettra de s'y déposer : parcelles d'aliments, produits de sécrétions plus ou moins morbides, &, &. Une influence quelconque provoquant un bon jour la fermentation de ces matières étrangères, marquera l'heure de l'inoculation qui donnera naissance au premier abcès. Celui-ci pourra se répéter indéfiniment, à moins que, au cours de la guérison, le cul-de-sac où il a pris origine, se soit oblitéré, ou encore que les adhérences aient été judicieusement détruites subséquentement à l'attaque, tel qu'il sera indiqué plus loin.

Si l'abcès n'est pas ouvert par le chirurgien, il évolua vers la rupture spontanée, dans un espace de temps variant de quelques jours à quelques semaines, murissant sous l'influence plus ou moins bienfaisante des médications en usage.

Lorsque l'évolution est prolongée, tous en ont l'expérience, cette affection malgré son pronostic bénin, n'en laisse pas moins les malades aussi débilités et décrépés, que s'ils avaient passés par toutes les phases d'une véritable fièvre infectieuse. S'il y a des moyens connus d'abrégier le cours de cette maladie, il est donc important de les signaler à la profession. Je ne m'attarderai pas à la description des symptômes généraux ou locaux des amygdalites proprement dites et de la péritonsillite. Il suffit désormais de les énoncer pour établir la différence entre

ces deux affections. Notre esprit en est suffisamment frappé pour que la simple observation ne permette plus l'erreur. Nous pouvons presque sûrement nous attendre à la formation d'un abcès, lorsque nous voyons la sensibilité et les autres symptômes d'inflammation apparaître au voisinage immédiat de la glande, le plus souvent antérieurement. Tandis qu'il ne faudra pas non plus oublier qu'une amygdalite ordinaire peut fort bien déterminer une périlonsillite suppurée, si les conditions qui la favorisent existent déjà. La constatation d'adhérences sera toujours d'un grand secours pour enlever des doutes.

S'il est admis en principe que tout abcès demande une intervention, le diagnostic une fois établi, notre ligne de conduite pour ce qui reste à faire n'est-elle pas toute tracée? D'autant plus que des spécialistes d'une autorité incontestable, ne font pas d'exception pour l'abcès qui nous occupe. C'est pour cela qu'ils nous disent, que dans leur pratique habituelle aussi bien qu'à leurs cliniques d'enseignement, ils se servent souvent du bistouri au bout de quarante huit heures, rarement attendent-ils jusqu'à trois jours. Leurs succès de tous les jours est encore la meilleure démonstration que je puisse vous offrir en faveur d'une intervention hâtive.

Etant donné que l'affection est suppurée pour ainsi dire dès son début, il est bien plus facile de localiser et d'atteindre le foyer de bonne heure, car l'infiltration qui se produit parfois très rapidement, fait perdre les rapports anatomiques normaux aux différentes parties. Le résultat de l'opération est ainsi rendu non seulement plus incertain si l'on intervient encore, mais expose aussi à plus de dangers. Il ne faut pas oublier en effet, que nous allons trancher dans le voisinage de l'artère carotide, et que si l'on est tenté d'y aller un peu hardiment, il ne faut pas perdre de vue la possibilité de produire un accident désastreux.

D'ailleurs si nous sommes partisans de l'intervention, pour-

quoi temporiser ? Maintenant que l'endroit où s'est faite l'inoculation est connu, le point d'élection pour introduire le bistouri ne peut guère varier. Bien rarement nous manquerons de pénétrer dans l'abcès, si nous lançons à travers le pilier, à mi-chemin entre la ligne médiane (le centre de la base de la luette) et la dernière molaire. Je parle ici pour le cas où le mal s'est produit à la partie antérieure de l'amygdale, ce qui est presque la règle. Si au contraire, il s'est plutôt localisé vers la base même de l'amygdale, ou encore en arrière, il ne faudrait plus encourager autant celui qui manquerait d'expérience, à tenter ce que nous voyons accomplir à la clinique par des mains vraiment expertes, alors qu'on transfixe toute la masse en passant toujours par le point indiqué tout à l'heure. Pour ceux-là il vaudrait peut être encore mieux différer l'intervention.

À une période plus avancée, quelques chirurgiens préfèrent se servir du crochet pour dissocier les parties, et hâter ainsi d'une manière encore appréciable le dénouement de la maladie. Pour ma part j'avoue n'en avoir aucune expérience et ne pas être partisan du crochet. Je conserve l'impression que lorsque l'on peut s'en servir avec avantage sans être inutilement cruel pour nos malades, l'abcès est déjà assez avancé pour aller au-devant de lui avec le bistouri sans s'exposer au danger. Nous voyons certains malades pour la première fois, à une période où il est impossible de leur faire ouvrir la bouche pour nous permettre la moindre observation. En outre des inquiétudes et des souffrances qu'ils endurent, ils sont souvent exténués, faute de ne pouvoir s'alimenter convenablement. Je crois que cette constriction des mâchoires est bien plus souvent due à un effet réflexe occasionné par la douleur, que par obstacle mécanique produit par l'inflammation. Si l'on se croyait alors justifiable d'intervenir, l'on pourrait administrer un peu de chloroforme qui nous dirait dans un instant, si l'on a affaire à une simple

trismus, et peut-être dir même coup, suivant les indications présentes, soulager complètement nos malades.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de vous parler de la partie médicale du traitement de la péritonsillite. Je serais bien en peine d'ailleurs, de vous en dire, du nouveau, si ce n'est cependant, d'après ce que nous venons de voir, qu'elle pourrait être considérablement réduite.

Je passerai donc aux moyens d'empêcher les récidives.

Dans l'intervalle des attaques, il s'agira tout d'abord d'explorer minutieusement au moyen d'une petite sonde convenablement recourbée, tous les recoins qui pourraient présenter des cavités fermées du bas, car celles-ci ont quelquefois la conformation de véritables trajets fistuleux, qu'il est bien important de découvrir, si l'on veut éviter des désappointements par la suite. Cette investigation terminée, il ne vous reste plus qu'à exécuter le débridement des adhérences qui constituent les cavités. Ici l'instrument de choix est le galvanocautère, que j'emploie seul pour accomplir tout l'ouvrage. J'introduis d'abord la pointe froide dans la cavité, puis après avoir établi le courant, elle est attirée horizontalement vers l'extérieur, ayant toujours grand soin d'épargner le pilier en opérant la destruction des tissus.

D'autres préfèrent se servir d'abord d'un instrument tranchant spécial pour ouvrir les culs-de-sacs, puis ils cautérisent ensuite les bords de l'incision. La cautérisation est nécessaire dans tous les cas, si l'on veut empêcher la reproduction des adhérences, et mettre ainsi fin aux attaques.

Dans le cours du mois de mai, j'étais consulté par un avocat qui se plaignait de faire de temps à autres des abcès de la gorge, à la suite d'efforts de voix lorsqu'il était obligé de plaider. Comme il n'était pas actuellement souffrant, je pus l'examiner à loisir. Je constatai la présence de trois magnifiques

nés à microbes siégeant, l'un en avant de l'amygdale gauche, et les deux autres, antérieurement et postérieurement à la droite. J'appris en outre que l'abcès s'était formé tantôt d'un côté tantôt de l'autre, et cela toujours au prix de grandes pertes de temps, sans compter les souffrances et les frais d'un traitement toujours à recommencer. Ces trois cavités étaient toutes plus ou moins remplies de matières d'apparence caséuse. Sous l'influence d'un badigeonnage d'une solution de cocaïne à 10 0/0 je pus en deux séances à dix jours d'intervalle accomplir le débridement de chacune d'elles.

Depuis, ce patient n'a pas eu à se plaindre de sa gorge. Il s'étonnait d'autant plus de ses malheurs passés qu'on lui avait dit qu'il s'agissait d'abcès des amygdales, alors que l'ablation de ces dernières ne l'en avait pas délivré.

Les opérations qu'il avait subies étaient restées sans résultats, parce que les cavités subsistaient encore, bien que la glande avait été détruite dans sa presque totalité.

Après la campagne électorale du 3 novembre dernier, un étudiant en droit qui y avait pris une part active, réclama mes soins pour une attaque aiguë de péritonsillite. Il n'en était pas lui non plus, à sa première expérience avec cette maladie. C'était un autre opéré à l'amygdalotomie, chez qui ce mode d'intervention n'avait pu toucher le mal dans sa racine. Je lançai son abcès au cinquième jour du début, avec un plein succès. J'avais bien été tenté de le faire auparavant, mais ses grandes répugnances à se soumettre, étaient difficiles à vaincre. Il justifiait ses craintes par le fait que, dans une attaque précédente il avait été lancé cinq fois, avant que l'on put arriver à la matière. Alors qu'on avait attendu bien plus longtemps avant d'intervenir, il en concluait que ça ne pouvait pas être encore assez mur. L'insuccès des premières tentatives devait être dû au fait qu'on avait cherché la matière dans l'amygdale, comme la chose m'est arrivé

à moi-même autrefois. Peu de temps après, un religieux prédicateur venait me consulter pour la même affection. Opéré lui aussi avec l'amygdalotome, il était resté avec ses causes d'infection, et cette nouvelle recidive de ses anciennes attaques, prouvait dans ce cas encore, l'inutilité d'une intervention insuffisante. J'ai complété son opération depuis, et tout me porte à croire qu'il ne sera plus troublé du même mal.

Il y a quelques semaines je voyais un conférencier agricole des fermes expérimentales. Son histoire était celle de mon client du mois de mai. Chaque fois qu'il est obligé de parler en public, et jusqu'à la fatigue, il souffre toujours de sa gorge qui aboutit souvent. L'examen me révéla toujours les mêmes conditions : des adhérences et des poches.

En mentionnant la professions des différents patients dont je viens de vous faire brièvement l'histoire, j'avais en vue de vous démontrer l'exercice forcé de la voix, comme cause déterminante des attaques de périlonsillite, suppurée? Pour moi cette influence agirait à la manière d'un véritable traumatisme, en imprimant des secousses à des parties désormais unies entre elles pathologiquement, alors que des matières étrangères peut-être septiques s'interposant, agissent en outre comme irritants locaux. Si je rappelle mon expérience des années passées, en traitant ces cas, je crois constater que la majorité d'entre eux se recrutait parmi les personnes dont la profession obligé à un usage immodéré de la voix. Vous avez peut-être constaté vous même que les accidents arrivent à ceux qui en sont les victimes, lorsqu'ils parlent en plein air en tout saison, aussi bien que lorsqu'ils perorent dans des appartements mal ventilés, devant de nombreux auditoires.

Je demeure persuadé que les causes généralement invoquées par les auteurs, jusque dans ces derniers temps du moins, comme produisant les abcès de la gorges, ne jouent que bien rarement un rôle prépondérant.

Si vous trouvez que les quelques observations que je viens de vous soumettre ont une certaine valeur, elles induiront quelques uns d'entre vous, je l'espère, à observer de plus près une classe intéressant de malades dignes de notre meilleure attention. Pour le plus grand nombre, peut-être, ce modeste travail ne peut avoir de mérites bien saillants, mais les quelques cas de pratique que j'ai cités et dont j'aurais pu faire la nomenclature plus longue sans chercher beaucoup, prouveront du moins, qu'il ne manque pas tout à fait d'à propos.

NOTE. Au cours de la discussion qui suivit la lecture du travail qui précède, M. le Dr. Paquin fit part à la Société Médicale de l'observation suivante, qui lui est toute personnelle, comme nous le verrons. Elle ne peut manquer d'intéresser les lecteurs du Bulletin, sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter aucun commentaire.

"Il y a à peu près vingt-cinq ans, dit-il, je faisais une première attaque d'amygdalite suppurée, tout comme celles que l'on vient de vous décrire sous un jour nouveau pour moi. Malheureusement dans la suite, je dus payer tous les ans durant dix à douze années consécutives, un tribut bien pénible à cette affection. Un bon jour une arrête qui vint s'implanter sur mon amygdale droite me donna en même temps que la cause de ma maladie, un traitement original qui vint mettre fin à mes maux pour toujours. En effet les efforts que je fis pour déloger cette épine de son point d'implantation, firent sourdre tout à coup du rebord postérieur de l'amygdale, un paquet blanchâtre d'une odeur repoussante. Par le même mécanisme, c'est-à-dire par une espèce de massage de la glande avec la pulpe de l'index, j'obtins le même résultat sur les deux amygdales. Comme j'étais alors médecin je m'expliquai assez facilement la provenance

de ces dépôts. Aussi de ce moment, je ne manquai jamais de faire tous les jours la toilette de l'amygdale. Presqu'à chaque fois j'en retirais quelques petits grains riziformes, ou du moins une goutte d'un liquide sanieux aussi fétide.

C'est ainsi que j'acquis à la longue la certitude absolue que toutes mes suppurations antérieures relevaient de ces dépôts infectieux logés dans un cul-de-sac quelconque, dont on vient de vous donner le mécanisme de production. Désireux de vous communiquer ma conviction sur ce point, je vous prie de noter qu'il y a quinze ans de cela, et que depuis cette époque je n'ai jamais eu de recidive. Depuis je dois ajouter que dans cette intervalle j'ai fait bénéficier plus d'un malade de cette expérience avec des résultats non moins satisfaisants.

Je comprenais alors qu'il suffisait de chasser ces détritits malsains pour arrêter l'inflammation et par suite la suppuration.

Aujourd'hui l'on vous propose de détruire le sac, ce moyen me paraît être assurément le plus rationnel comme le plus pratique.



CHRONIQUES VESICALES ET PROSTATIQUES

Pendant des années j'ai rédigé de fort nombreuses ordonnances de SANMETTO, je le considère comme un agent thérapeutique de grande valeur. Dans les cas d'hyperthrophie prostatiques des vieillards, de goutte militaire et dans toutes les irritations chroniques de la vessie et de la glande prostatique il fait preuve d'une action spécifique. Plus je manie le SANMETTO plus j'en ai confiance et par conséquent plus j'en ordonne.

Evansville, Ind.

DR. G. W. VARNER,
Diplômé en 1886.

L'ANESTHÉSIE RACHIDIENNE A LA STOVAINE

(*Suite*)

Par le Dr CHAPUT

Technique opératoire.

J'emploie, d'après les préceptes de Guinard, une solution de stovaine au 1/10, en ampoules de 1 centimètre cube, stérilisées à l'autoclave à 115 degrés.

L'aiguille est celle de Tuffier modifiée par Tanon, c'est-à-dire obturée à son extrémité et percée d'un trou latéral de trois-dixièmes de millimètre. Cet orifice latéral ne se bouche pas comme l'orifice terminal qui fait souvent emporte-pièce avec la graisse et qu'on est ensuite obligé de déboucher avec un mandrin.

La seringue de Pravaz à piston stérilisable est plus commode que la seringue de Luer et que celle à piston métallique ; ces seringues sont mal disposées pour la mensuration des gouttes et leur piston est trop mobile.

Voici comment je procède : je fais briser le tube de l'ampoule et j'y puise avec l'aiguille de Tuffier montée sur la seringue. Je remplis la seringue à moitié ; puis la tenant verticale, je fais glisser le curseur jusqu'au chiffre de la tige du piston correspondant au nombre de gouttes que je désire injecter. En général il faut injecter seulement 4 centigrammes (soit 8 gouttes) pour une cure radicale de hernie inguinale, ou 7 centigrammes pour une laparotomie sous-ombilicale.

(1) *Société chirurgicale de Paris*, 12 Oct. 1904.

Le piston est alors poussé de façon à chasser l'excès de liquide. L'aiguille est désarticulée et la seringue est tenue verticalement par un aide au moyen d'une pince.

Le malade est alors mis en position.

S'il est très souffrant, je le fais coucher sur le côté droit, et fléchi sur lui-même en chien de fusil.

La position la plus commode pour l'opération est la station assise avec flexion du tronc et de la tête.

La région lombaire est frottée deux ou trois fois à l'alcool et on place une compresse stérilisée sur le dos du sujet et une sur la table d'opération.

On cherche alors la crête iliaque et on mène à ce niveau une horizontale qui passera par la quatrième lombaire (Truffier). Vous faites la ponction au-dessus et au-dessous de cette vertèbre.

Il est préférable de la faire un peu latéralement plutôt que sur la ligne médiane.

L'aiguille est dirigée obliquement en avant, en haut et en dedans ; après un parcours de quelques centimètres, on a la sensation de crever une peau de tambour, et, si on continue à enfoncer l'aiguille de quelques millimètres, on voit bientôt sourdre le liquide céphalo-rachidien.

On articule alors la seringue, on aspire le liquide dans la seringue pour diluer la solution, on tourne en haut le trou latéral de l'aiguille et on injecte le contenu de la seringue sans brusquerie.

On retire aussitôt l'aiguille, et on recouche le sujet.

On fait alors la toilette de la région à opérer, et au bout de dix à quinze minutes on peut presque toujours commencer l'opération. Si, au bout de ce temps, l'anesthésie ne remonte pas suffisamment haut, il faut faire une nouvelle injection portant la dose totale de stovaine à 7 ou 8 centigrammes.

Je n'ai pas à revenir sur les effets de l'injection ; je dirai

seulement qu'il n'y a pas à s'occuper de l'accélération du pouls qui me paraît être toujours en rapport avec l'émotion. Il n'en est pas de même du ralentissement des pulsations qu'il faut combattre par une injection de caféine aussitôt que le pouls tombe à 60 au-dessous. La caféine relève, en effet, immédiatement le chiffre des pulsations.

Après l'opération, le malade boit un peu de café ou de rhum ; quelques heures plus tard, il absorbe une tasse de thé.

Les douleurs de tête et la rachialgie sont fréquentes mais modérées,

Lorsque la céphalalgie est pénible, il faut la combattre par la glace sur la tête.

Si la rachialgie est intense, il est bon de faire une ponction lombaire qui évacuera 10 à 20 cc. de liquide ; on peut recommencer cette ponction plusieurs fois.

Les vomissements sont assez rares ; lorsqu'ils se prolongent au-delà de vingt-quatre heures, il faut leur opposer la ponction lombaire et la glace sur la tête.

En général, dès le lendemain de l'opération, les malades se sentent très bien, s'alimentent et se lèvent lorsque la région opérée ne s'y oppose pas.

Appendice.

Ce travail était achevé lorsqu'un de nos confrères m'a communiqué l'observation suivante :

Malade de soixante-seize ans atteint de hernie étranglée la nuit précédente et ne présentant pas de phénomènes généraux graves ; il a vomi et sa hernie est douloureuse, dure, irréductible.

Le 24 septembre, à 10 h. 42, injection de 7 centigrammes de tovaïne provenant d'un stock dont la valeur anesthésique était défectueuse. Le pouls était alors à 60.—A 10 h. 49, l'anesthésie a atteint l'ombilic.—A 10 h. 50, nausées, myosis,

pouls petit, visage pâle, lèvres bleues. On espère cependant de 10 h. 55 à 11 h. 10.

Pendant l'opération la pâleur et la dyspnée augmentent, le pouls n'est plus perceptible, et à 10 h. 58 le pouls s'arrête et les réflexes disparaissent ; cependant le malade conserve des mouvements de déglutition spontanée qui sont aidés par les tractions de la langue.—Caféine, éther, respiration artificielle, sérum artificiel.—À 11 h. 25, le malade respire un peu, à 11 h. 45, on cesse la respiration artificielle, le malade allant mieux, et on le ramène à son lit.

Le malade reprend l'usage de la parole à 2 h. $\frac{1}{2}$; il est agité, amnéique, il a une sorte de délire tranquille. Quelques vomissements bilieux. Température, 37°8.

L'agitation persiste jusqu'au 26 septembre au matin ; le malade présente alors de la débilité sénile et devient gâteux. Il reste pendant quelques temps dans cet état.

Le 3 octobre, il reprend ses facultés et rentre chez lui en bon état.

Réflexions,

Il est important de spécifier, à propos de ce malade, que les accidents s'expliquent par l'âge avancé du malade et par la haute dose de stovaine.

Je n'aime pas à employer la stovaine après soixante cinq ans, de peur d'accidents.

La dose était un peu forte, étant donné l'âge et la nature de l'opération entreprise. Pour une cure radicale de hernie, 4 centigrammes suffisent ordinairement ; si un malade était très réfractaire à la stovaine, il vaudrait mieux lui injecter 6 centigrammes en deux fois qu'en une seule.

La conclusion à tirer de ce fait, c'est qu'il ne faut employer la stovaine qu'avec beaucoup de prudence chez les personnes âgées, et à faibles doses.

Il faut bien d'ailleurs, se rendre compte que l'anesthésie générale est elle-même assez dangereuse chez les vieillards, et que personne ne s'étonnerait d'une mort de chloroforme chez un sujet de soixante-seize ans ; il faut donc faire crédit à la rachistovaine et ne pas jeter le manche après la cognée quand bien même il arriverait un accident mortel, isolé avec cette méthode.

J'ai eu connaissance d'un cas de mort après rachistovaine. L'observation m'a été communiquée par un collègue non chirurgien, savant éminent que je ne nommerai pas.

En voici le résumé :

Femme de 52 ans soignée par arthrite sèche des deux hanches, et éprouvant des douleurs très vives dans les membres inférieurs.

Le 13 juillet 1904 injection lombaire de 1 centigramme de stovaine solution à 1/10. Il n'y eut pas d'anesthésie des membres inférieurs après l'injection, mais deux heures après survinrent des vomissements bilieux ; à 3 heures après-midi la température jusque-là normale monta à 40° 1, il y a de la somnolence. Le lendemain, la somnolence augmente 40° 1, mort dans le coma à 1 heure après-midi.

A l'autopsie, "la partie inférieure de la moelle sur une hauteur de 5 centimètres est enveloppée d'un manchon crémeux adhérent à la pie-mère et formée de globules blancs. Les coupes de la moelle ont montré que cet afflux leucocytaire était tout à fait superficiel et que la moelle elle-même était intacte.

Dans toute son étendue la moelle était parsemée de plaques fibro calcaires expliquant les douleurs constatées pendant la vie.

Plusieurs réflexions s'imposent :

Cette observation diffère totalement de la précédente qui était un type d'intoxication certaine puisque la malade n'a pas été anesthésiée et n'a pas eu d'arrêt du pouls, ni de la respiration.

Le malade me paraît avoir succombé à un processus inflammatoire dont je ne puis établir le mécanisme exact.

Quoi qu'il en soit, cette observation ne prouve absolument rien contre la rachistovaïne.

Conclusions.

1. La dose de 3 centigrammes de rachistovaïne permet de faire toutes les opérations de la région périnéale, du pied, et de la jambe jusqu'au genou.

2. Sa dose de 4 à 5 centigrammes permet de faire avec une anesthésie certaine et parfaite toutes les opérations, les cures de hernies inguinales.

3. La stovaïne lombaire est très avantageuse pour la réduction des fractures et des luxations inférieures.

4. Il est difficile d'exécuter les laparotomies avec la rachistovaïne.

5. Les anesthésies médiocres sont en rapport avec des doses insuffisantes.

6. La stovaïne ralentit le pouls, même en cas d'hémorragie. Elle resserre la pupille, dilate les vaisseaux et congestionne légèrement la face et le bulbe. Elle n'expose pas du tout à la syncope et permet au besoin d'opérer les malades assis.

7. Les suites de la rachistovaïne sont très bénignes; elle permet l'alimentation immédiate; elle provoque une rachialgie ou une céphalalgie assez fréquentes, mais très légères; elle ne provoque qu'une faible élévation de température. Avec la rachistovaïne les opérations sur l'aanus ne sont pas suivies de rétention d'urine.

M. PAUL RECLUS.—Voici juste un an que j'ai recours à la stovaïne. C'est le premier octobre 1903 que MM. Fourneau et Bil'on m'en apportèrent les premiers échantillons et, depuis cette époque, elle a systématiquement remplacé la cocaïne dans mon service.

Je la crois un peu moins anesthésique que la cocaïne a doses et solutions égales, mais comme sa toxicité est beaucoup moindre (les expérimentateurs disent deux fois moins), il y a un très grand avantage à recourir à la stovaïne, qui vous donne une plus large marge avant d'atteindre les doses dangereuses, et l'on peut avec elle couvrir un champ opératoire plus étendu. Avec elle j'aborderai plus volontiers les amputations des membres, dans les cas, bien entendu, de contre-indication du chloroforme ou de l'éther.

J'ai dit ailleurs, sur la foi d'expérience de M. Billon, que la stovaïne était vaso-dilatatrice. Je crois maintenant avec le professeur Pouchet qu'elle est sans action sur les vaisseaux ; et si je l'ai crue vaso-dilatatrice, c'est au début, lorsque je la comparais à la cocaïne nettement vaso-constrictive. En tout cas, je n'ai jamais été gêné par la nappe sanguine issue de vaisseaux coupés et l'on n'a pas besoin d'un aide spécial pour étancher le sang au cours de nos opérations, ainsi que le dit, peut-être en forme de plaisanterie, l'auteur d'un article récent.

Notre collègue M. Chaput n'a pas observé la pâleur de la face ; elle est en effet beaucoup plus rare qu'avec la cocaïne. Mais cette pâleur a deux causes : la cocaïne qui est nettement vaso-constrictive et aussi la peur qui est aussi vaso-constrictive. Avec la stovaïne, il ne reste plus qu'un de ces éléments, la peur, mais il existe et suffit pour provoquer la lividité de la peau. Je l'ai constaté en opérant un journaliste allemand entièrement enolif et qui a beaucoup pâli au cours de l'opération qui s'est d'ailleurs heureusement terminée.

Somme toute, pour l'anesthésie localisée, je suis absolument content de la stovaïne dont le moindre pouvoir analgésique est plus qu'au-delà compensé par la possibilité d'insensibiliser un champ opératoire plus considérable et d'user de l'analgésique pour ainsi dire sans compter. Néanmoins nous ne dépassons

pas 20 centigrammes de solution active ; mais n'oublions pas que ces 20 centigrammes en solution à $\frac{1}{2}$ 0/0 nous font 40 centimètres cubes de liquide à injecter dans les tissus et l'on voit les opérations longues et compliquées qu'on peut alors entreprendre. Certainement la durée de l'anesthésie est aussi un peu moindre et ce matin même, vers la vingt-cinquième minute d'une opération—une névrotripsie du nerf tibial postérieur pour un mal perforant—les points de suture ont été un peu sentis sur quelques points de la peau. Mais, en vérité, cet inconvénient est si minime qu'il mérite à peine d'être signalé.

J'en arrive à la rachianesthésie par la stovaïne. J'ai failli me laisser entraîner et j'allais essayer de nouveau la ponction lombaire sous l'aimable et convaincante pression de mon élève M. Kindirdgy lorsque j'ai appris, le matin même et coup sur coup, les deux accidents dont nous a entretenus notre collègue. Je trouve que les 7 centigrammes de stovaïne qui ont amené les accidents graves que vous savez sont bien près des 5 à 6 centigrammes employés par M. Chaput ; et pour mon entière sécurité, je ne trouve pas la marge assez grande. Je désirerais au moins qu'en présence de cette observation on voulut bien se garder désormais d'injecter dans le canal rachidien plus de 4 centigrammes de stovaïne.

Notre collègue passe aussi bien légèrement sur la deuxième observation, celle qui a été suivie de mort. Lorsque nous avons critiqué la pratique de notre collègue Tuffier, nous avons eu de la tendance à admettre comme accidents dus à la cocaïne des observations qui prêtaient autant le flanc à la critique. Je serai aussi sévère pour la stovaïne et je remarque que les accidents qui se sont terminés par la mort ont commencé bien peu de temps après la rachianesthésie.

Peut-être cependant pourrait-on invoquer autre chose pour innocenter la stovaïne. J'ai lu certainement,—mais je ne puis

me rappeler la revue—que les substances toxiques introduites dans le canal rachien influençaient très vite et très dangereusement le tissu médullaire déjà taré. D'après l'auteur du mémoire, il fallait se garder de tenter la rachianesthésie dans les cas d'affection de la moelle. Or, dans l'observation de notre collègue le médecin, l'injection lombaire avait été faite pour apaiser les douleurs causées par une maladie de la moelle.

Je ne voudrais pas insister sur la rachianesthésie par la stovaine puisque je ne l'ai pas essayée, et j'ose à peine vous donner les raisons de l'extrême répugnance que j'ai pour ce genre d'intervention ; je me dis presque malgré moi que si dans l'infini des temps, les évolutions successives qui ont créé les espèces supérieures les plus résistantes ont pris soin de cacher la moelle et de la protéger avec les multiples enveloppes de la peau, des muscles, de son étui osseux et de ses triples méninges, il devait y avoir à cela de précieux avantages.

M. Robert Odier, de Genève, du reste, ne vient-il pas de montrer que certaines substances, et la cocaïne en particulier, impriment à la cellule médullaire des modifications matérielles assez importantes ?

La grosse objection que j'adresse à M. Chaput] c'est que les deux tiers au moins des opérations qu'il pratique sous la rachianesthésie pourraient être faites avec la stovaine localisée, ses cures radicales de hernie, ses kélotomies, ses cures radicales d'hydrocèle, ses castrations, ses dilatations anales, ses ablations d'hémorroïdes, ses colpotomies, ses anus artificiels, ses résections de veines variqueuses. Je sais bien que l'opération sous la rachianesthésie est plus facile, plus brillante, mais j'ai coutume de dire que souvent le bien aisé de l'opéré est fait du malaise de l'opérateur. Il faut savoir s'abstenir de larges coups de couteau, on marche à petits pas, à petite incision ; on ne décolle point avec les doigts largement les tissus ; c'est plus lent, plus minu-

tiens, mais l'opération terminée le malade a du moins échappé aux dangers et aux accidents consécutifs de la rachianesthésie ou du chloroforme. Ce matin, j'opérais une dame dont l'aisselle était encombrée de cinq ganglions survenus sept ans après l'ablation d'un cancer de cou. En se rappelant les trois jours de vomissements, les quatre à cinq jours d'embaras gastrique qu'avait provoquée le chloroforme de la première opération bien que fort émotive, elle ne savait assez dire combien la stovaïne lui paraissait supérieure.

Donc, en résumé, de la communication si précise et si documentée de notre collègue Chaput j'accepte presque complètement la première partie, celle qui a trait aux injections localisées de la stovaïne, mais je fais quelques réserves théoriques sur la rachianesthésie.

M. PIERRE DELBET.—Je n'ai jamais rien injecté dans le liquide céphalo-rachidien, parce que, comme mon maître, M. Reclus, j'ai un grand respect pour les centres nerveux. Je n'ai jamais fait de rachianesthésie ni par la cocaïne, ni par la stovaïne, mais je me suis servi de la stovaïne comme anesthésique local.

Mon expérience à son sujet est courte, je ne l'emploie que depuis la communication où M. Reclus a vanté ses mérites. Je ne l'ai employée que pour de petites opérations dont la plus considérable est une cure radicale d'hydrocèle.

Il ne m'a pas semblé que l'hémorragie fût plus considérable dans les opérations faites avec la stovaïne que dans celles qui sont pratiquées sous le chloroforme. Je ne crois donc pas que cette substance soit vraiment vaso-dilatatrice.

Mais j'ai eu l'impression que sa puissance anesthésique est moindre que celle de la cocaïne. Aussi, en ai-je employé des doses plus fortes. Cependant, je n'ai pas dépassé jusqu'ici 20 cc.

d'une solution de 0,5 0/0, Je n'ai observé aucun accident ni incident,

M. CHAPUT.—Mon maître, M. Reclus, me fait observer que les 7 centigrammes de l'observation de syncope stovainique ne sont pas très différents des doses que j'emploie. C'est exact, d'autant plus que j'ai même employé des doses de 8 centigrammes, et je considère que ces doses de 8 centigrammes sont très normales pour des sujets d'âge moyen et d'état général satisfaisant ; la dose de 7 centigrammes me paraît excessive en raison de l'âge du sujet et de la nature de l'opération, puisqu'il s'agissait d'une cure de hernie, opération pour laquelle 4 ou 5 centigrammes sont largement suffisants. M. Reclus nous parle encore des lésions du système nerveux à longue échéance occasionnées par la rachicocaine ; je ne puis lui répondre que par une expérience personnelle ; j'ai revu de nombreux malades rachicocainisés il y a plusieurs années, et aucun d'eux ne présentait d'accidents médullaires.



CHOREE ET ANÉMIE

Le No. de mai 13, du "Virginia Semi-Monthly" contient un article très bien fait du Dr Roshier W. Miller, de Barton Height, Va. au sujet du *Pepto-Mangan* de Gude. Cet article rapporte des cas de chorée (due à l'anémie chez le malade) où cette précieuse préparation a amené la guérison complète et permanente.

La proportion des globules rouges du sang augmente d'une manière étonnante sous son emploi. La dose moyenne est de deux drachmes par jour, quelquefois en ajoutant 2 gouttes de Fowler trois fois par jour, on active beaucoup son effet.

TUMEUR MYOMATEUSE REMPLISSANT L'EXCA-
VATION PELVIENNE ET FAISANT OBSTACLE
À L'ACCOUCHEMENT. — OPÉRATION CÉSA-
RIENNE AVEC AMPUTATION UTÉRO-
OVARIQUE (OPÉRATION DE PORRO) (1)

Par le Dr S. GRONDIN, professeur de Tocologie.

OBSERVATION

Madame X., 40 ans, est enceinte de sept mois. Elle a eu 12 enfants. Tous ses accouchements ont été laborieux excepté les trois premiers. Sept enfants sont morts pendant le travail et ont été baptisés "in utéro."

Voici les détails qui m'ont été envoyés par son médecin M. le Dr Legendre pratiquant à Ste-Croix.

"Samedi le 23 juillet 1904 je suis appelé à St-Flavien distance d'a peu près 11 milles de chez moi, pour accoucher madame X. En chemin le mari me dit que les eaux sont parties depuis jeudi matin le 21 juillet et qu'elle a commencé à sentir des douleurs dans le commencement de l'après-midi du samedi.

A l'allure du cheval je conclus que l'entourage trouvait que rien ne pressait.

À mon arrivée je trouve que les douleurs ne sont pas fortes et je fais une visite la femme étant debout. J'observe alors que mes doigts sont trop courts pour bien se rendre compte de l'état du col de l'utérus. Je sens bien une masse arrondie assez lisse, qui n'est pas assez dure pour la tête et que je ne puis comparer à aucune partie du fœtus. Madame X est une femme grande, grosse et grasse.

(1) Travail lu à la Société Médicale de Québec.

Comme la malade a un ventre en besace je m'imagine qu'en la faisant coucher j'aurai plus de chance à faire descendre un peu l'utérus et constater mieux la présentation. Je n'arrive pas mieux que dans la position debout et je ne puis trouver l'ouverture du col.

Comme les douleurs ne sont pas plus fortes j'interroge la malade qui me dit qu'elle a 39 ans, qu'elle en est à son *13ième* enfant, que *presque tous ses accouchements ont été laborieux*.

(J'ai assisté moi-même à ses deux derniers) qu'elle a senti son enfant remué dans l'après-midi et même le soir.

Je me décide après une nouvelle tentative d'examen avec les doigts pas plus fructueuses que les précédentes, à introduire la main dans le vagin.

Je trouve alors *l'ouverture du col* tout à fait en haut près de la symphise pubienne. Je puis introduire les doigts le diamètre latéral le permet mais le diamètre antero-postérieur ne permet pas d'introduire plus que l'épaisseur des doigts. Une tumeur remplissant tout à fait la partie supérieure de l'excavation. La tumeur paraît un peu fluctuante, immobile, et tellement serrée contre le sacrum que je l'y crois soudée.

Je fais part immédiatement à la famille de ces graves circonstances et je demande un confrère en consultation. Nous trouvons que l'accouchement n'est possible que si la *tumeur est enlevée* ou bien *le ventre ouvert* et nous trouvons qu'elle peut entreprendre le voyage à Québec vu que les douleurs sont en parties disparues.

Nous prenons le train à Laurier et arrivons à l'Hôtel-Dieu vers 7 heures du matin dimanche, le 24 juillet.

De l'Hôtel-Dieu on nous renvoie à la maternité ; la malade fait le trajet à pied. Vers onze heures, le Dr Simard fait un examen et demande le Dr Grondin. Comme il n'y a pas de douleurs et que rien ne presse, on attend le Dr Grondin qui doit

arriver le soir. Dans l'intervalle, les Dames Religieuses de la maternité insistent pour faire venir le Dr Eug. Hamel un des médecins de la maison. Celui-ci, examine la malade, et différant d'opinion avec nous, il tente la version par manœuvres internes. Le résultat négatif de sa tentative nous donne raison.

Le Dr Hamel téléphone alors une seconde fois au Dr Groudiu qui ordonne immédiatement le transport de la malade à l'Hôtel-Dieu, pour l'opération césarienne ou la Basiotripsie. "

—ooo—

Je me rends à l'Hôtel-Dieu à l'arrivée du train, il est 9 $\frac{1}{2}$ hrs du soir ; la malade est sur la table d'opération, elle n'a pas de douleurs ; son état général est resté bon. Les bruits du cœur du fœtus ne sont pas perceptibles. comme les autres médecins j'en conclus la mort de l'enfant.

A l'examen, je constate qu'une tumeur volumineuse occupe tout le segment inférieur et postérieur de l'utérus, qu'elle remplit la concavité du sacrum. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est réduit à environ 2 centimètres. Il ne me restait donc qu'une seule chose à faire : l'opération césarienne.

Seulement j'hésitai à faire une opération aussi grave durant la nuit dans de mauvaises conditions. N'ayant à m'occuper que de la santé de la mère, puisque l'enfant était supposé mort, celle-là ne pouvait que gagner à attendre jusqu'au lendemain matin.

Lundi le 25 juillet, à 9 $\frac{1}{2}$ heures, la malade étant chloroformée par son médecin le Dr Legendre. Après les préparatifs ordinaires aux grandes opérations, je fis une large incision médiane, mesurant environ 25 centimètre ; ce qui me permit de faire sortir complètement du ventre le *globe* utérin.

En explorant la partie postérieure il était facile de constater une tumeur interstitielle volumineuse occupant tout le segment inférieur : c'était le prolongement de cette tumeur que l'on sentait dans l'excavation, en pratiquant le toucher vaginal.

Nous étions en présence d'un cas qui nécessitait, non pas l'opération césarienne simple, conservatrice, mais une amputation utéro-ovarienne, c'est-à-dire, l'opération de Porro.

Ceux qui ont vu faire ces opérations abdominales connaissent les difficultés que l'on rencontre parfois à enlever un utérus renfermant un fibrome, à plus forte raison, lorsque la matrice contient en même temps un enfant de sept mois.

C'est dans le but de diminuer cette masse considérable avant de l'enlever complètement, que je fis d'abord une incision médiane sur la partie postérieure de la tumeur ; ce qui me permit d'énucléer un fibromyome mesurant environ 15 centimètres de diamètre. Je ligaturai les deux artères utéro-ovariennes, je mis des pinces sur les utérines, j'incisai de chaque côté les ligaments larges ; je fis enfin l'opération césarienne proprement dite, et j'extirpai le fœtus et ses annexes sans la moindre hémorrhagie utérine. Je fis baptiser immédiatement l'enfant sous condition, et sans plus tarder, je terminai par l'hystérectomie.

Pendant que je terminais mon opération, un des assistants me fit remarquer que l'enfant donnait des signes de vie. On pratiqua la respiration artificielle et on n'eut aucune difficulté à le ranimer.

Comme cette femme avait un utérus infecté, je laissai un drain dans l'angle inférieur de la plaie et je suturai le reste de la paroi comme d'habitude.

Les suites de l'opération n'ont présenté rien de particulier.

La malade quittait l'Hotel-Dieu deux mois après, complètement guérie.

Cette observation présente plusieurs points intéressants : la longueur du travail, la rupture prématurée des membranes, l'infection qui en était la conséquence, la fatigue du voyage et des travaux successifs de l'Hotel-Dieu à la maternité, et de la ma-

ternité à l'Hotel-Dieu, l'indication de la Basiotripsie, mais celle là étant impossible, la *nécessité de pratiquer l'opération césarienne*.

Aujourd'hui, je ne veux développer que le dernier point de cette si intéressante observation ; il me paraît d'une capitale importance.

L'opération césarienne est toujours une opération grave pour la mère, surtout lorsqu'on a raison de croire, comme dans le cas présent, que l'utérus est déjà infecté. Même dans les cas en apparence les plus favorables, et malgré les progrès dus à l'antiseptie, c'est une opération qui ne peut être exécutée que par un chirurgien ayant une profonde expérience de la grande chirurgie abdominale, car on ne sait jamais d'avance s'il n'y aura pas durant le cours de l'opération, l'indication d'une hystérectomie totale.

D'un autre côté, quel est le pronostic de la Basiotripsie ?

“ La Basiotripsie (disent les classiques) faite avec méthode et sans force est une opération inoffensive et qui ne présente guère plus de difficultés que l'application du forceps. La mortalité opératoire peut être considérée comme nulle, si l'on défalque de la statistique les cas où la femme succombe à des lésions antérieures à l'opération ; ou bien à une infection produite avant l'intervention finale.”

Lorsque l'enfant est mort ou supposé tel, et que le diamètre antéro-postérieure permet l'application du Basiotripbe, le choix entre ces deux opérations n'est pas discutable.

Ce qui m'a empêché de faire un Basiotripsie, ce n'est donc pas parceque l'enfant était supposé vivant, puisque d'un commun accord, nous étions certains qu'il était mort, c'est que le volume de la tumeur rendait une telle opération impossible. Mais dans le cas où elle eût été possible, j'eusse été obligé de la

faire, et le résultat en eût été la perforation de la tête d'un *enfant vivant*.

Or, consultons sur ce point l'enseignement théologique. Je cite un extrait de l'opinion que M. L'abbé Gignac, professeur du droit canon à l'Université Laval, a bien voulu me communiquer.

"La certitude physique de la mort du fœtus est souvent difficile à obtenir. Ce qui est nécessaire, c'est une certitude morale excluant toute probabilité fondée."

Mais si nous nous fondons sur la présente observation, ne nous semblera-t-il pas, qu'à nous, catholiques, même la certitude morale ne suffit plus pour nous permettre de perforer la tête d'un enfant ? Mon opinion est qu'il nous faudra une certitude absolue.

En effet, pouvions-nous avoir une plus grande certitude morale de la mort du fœtus que dans le cas qui nous occupe ?

La femme était en travail depuis quatre jours ; les membranes s'étaient rompues dès le premier jour ; le Dr Art. Simard qui l'examine le dimanche matin, constate déjà que les bruits du cœur du fœtus sont affaiblis et diminués ; dans l'après-midi, les Drs Hamel et Legendre qui l'auscultent ne les entendent plus.

Le dimanche soir, lorsque je vois la malade pour la première fois, j'acquiesce à une telle certitude de la mort de l'enfant que je remets l'opération au lendemain matin ; pour la même raison, après l'ouverture du ventre, au lieu de faire tout de suite l'incision de l'utérus et l'extraction de l'enfant, je m'occupe seulement d'enlever la tumeur, n'étant en effet préoccupé que de l'intérêt de la mère, j'incise l'utérus en dernier lieu pour amoindrir le danger d'infection.

Malgré le temps pris par cette suite d'opérations, j'extrais

un enfant de sept mois qui est ranimé presque immédiatement et qui a vécu huit jours.

Par conséquent, je crois avoir raison de lire et d'enseigner désormais que dans des cas semblables, il nous est impossible de nous contenter d'une certitude morale, mais que nous devons nous appuyer sur une certitude absolue, pour pratiquer la craniotomie ou la " basiotripsie."

Dans tous les autres cas, il est nécessaire de faire immédiatement l'opération césarienne.



LE SANMETTO DANS LES MALADIES GENITO-URINALES ET DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Je me suis servi du SANMETTO avec de brillants résultats dans presque tous les cas pour lesquels il est préconisé. Dans quelques cas de rhumatisme blennorrhagique il s'est montré actif, il me semble être un bon médicament adjuvant dans cette maladie.

St. Louis, Mo.

DR. T. D. HOGAN,

Diplômé en 1896.

OBSERVATION D'UN ANGIOME DÉGÉNÉRÉ DE LA LANGUE (1)

Par M. le Dr ARTHUR SIMARD.

Les hasards de la clinique ont amené dans notre service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, une jeune enfant portant à la langue une affection des plus intéressantes tant par sa nature que par sa rareté.

Thérèse Auger âgée de 5 ans, n'a, à son actif, aucun antécédant héréditaire digne d'être rapporté; elle a toujours aussi depuis sa naissance, joui d'une parfaite santé générale.

Seulement, dès sa plus tendre enfance, si nous en croyons la mère, sa langue lui a toujours donné de la tablature.

En premier lieu, on s'est aperçu qu'elle adhérait au plancher de la bouche jusqu'à sa fine pointe.

Brièveté du frein, sans doute, pour laquelle la petite malade fut opérée vers l'âge de 5 à 6 mois par le médecin de l'endroit. Tout ne paraît pas avoir marché à merveille lors de l'intervention: une hémorrhagie assez considérable s'en est suivie au point de donner des inquiétudes, puis dans la même journée une tuméfaction de la langue se produisit "suffisante pour remplir la bouche" au dire de la mère. Une quinzaine après, tout était rentré dans l'état normal. Mais voici où la question commence à devenir intéressante: depuis cette opération, la langue de la petite malade fait une crise de gonflement 2 à 3 fois l'an, sans raison connue des parents. A ces périodes, la langue, considérablement augmentée de volume, se hérisse de petites papilles, de petites vésicu-

(1) Lue à la Société Médicale de Québec.

les les unes rouges les autres paraissant contenir un liquide transparent et cela sur toute sa surface. Les papilles, les vésicules incolores ou contenant un liquide transparent occupaient alors de préférence le milieu de la surface dorsale de la langue tandis que les élevures rouges fleurissaient sur toute l'étendue du pourtour. Lorsque le gonflement avait fait atteindre à la langue le double de son volume normal, les élevures rouges et incolores se crevaient un beau jour, et après un saignement et un suintement assez abondants, qui paraissaient le dernier cri des 5 à six semaines de la crise, tout rentrait dans l'ordre, pour réapparaître quelques mois plus tard. Pendant la crise de gonflement, la langue était douloureuse et l'alimentation naturellement difficile. Aucun traitement n'avait été tenté avant l'entrée de la petite malade à l'Hôpital, le 5 décembre 1904.

Etat actuel.—La petite malade souffre de sa langue depuis 4 mois sans perspective d'amélioration comme autrefois.—La langue très augmentée de volume sort presque de la bouche ; c'est une langue d'adulte avec une épaisseur double de la normale. Sa coloration est d'un rouge-brun, mais devient plus foncée presque noire sur les bords et en particulier vers la pointe.

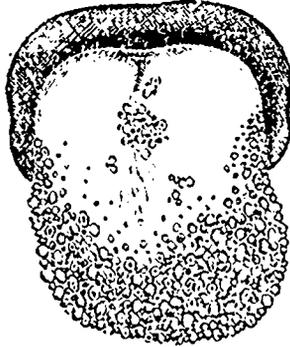
Sa consistance est plus ferme, et par place, on sent, comme des noyaux qui la rembourrent. La surface dorsale surtout sur les bords a un aspect chagriné, mûriforme comme pavée d'élevures donnant l'apparence d'un papillome ; puis ici et là, on voit un grand nombre de papilles dilatées de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de millet, contenant les unes un liquide transparent, les autres un liquide teinté de sang. Le centre de la langue à part quelques îlots de papilles grossies et dilatées, est apparemment sain. La surface inférieure surtout la partie qui confine au frein, est criblée de vésico-papilles ressemblant à des grappes de raisin, d'où s'écoulent de la sérosité et du sang.

La langue est douloureuse, l'alimentation défectueuse, température normale, pouls 90.

Quelle est la nature de cette affection évidemment bénigne ?

Il y a ici deux éléments qui, à notre avis, ne doivent pas être confondus.

Il y a d'abord de la macroglossie acquise vu que la lésion est apparue 5 mois après la naissance, ou mieux glossite chronique devenue hypertrophique, dont la cause probable ici, est une infection partie de la section du frein. La constatation faite par les parents après l'intervention chirurgicale sur le frein, plaide fortement en faveur de cette hypothèse. D'ailleurs dans l'intervalle des crises, la langue est toujours demeurée plus grosse et suivant la mère, elle aurait même, sensiblement augmenté, d'année en année.



Angiome dégénéré de la langue.

Dessin A. S.

La glossite chronique hypertrophique confond parfois quelques-uns de ses éléments anatomopathologiques, avec une autre affection de la langue, celle qui fait le sujet de cette observation, l'angiome. En effet, l'angiome à la langue peut se présenter avec les caractères de la tumeur vasculaire des muqueuses bien connue,

banale même, qui ne mérite pas de nous arrêter. Mais l'angiome caverneux peut présenter des modifications secondaires qui lui donnent un aspect tout autre; celui d'un papillome. Et même, suivant Wagstaffe, il semble que la plupart des tumeurs dites papillomes de la langue soient en réalité des angiomes modifiés. La modification secondaire qui fait prendre à l'angiome l'aspect papillomateux c'est la dégénérescence de la tumeur comme la démontré Butlin. On voit alors, ce qui était si évident chez notre malade, et visible sur la vignette les papilles s'allonger; de petites cavités kystiques d'habitude à revêtement endothélial se développent et peu à peu deviennent visibles à la surface sous forme de petits points transparents; la langue prend alors l'apparence d'un papillome kystique. Bryant et Dollinger en ont publié chacun un exemple remarquable. Notre petite malade souffre donc d'un névus caverneux dégénéré faisant des poussées fluxionnaires de temps à autre, c'est entendu, mais il y a aussi l'élément macroglossie, qu'il ne faut pas non plus perdre de vue, car comme nous le disions plus haut, il arrive parfois que les éléments de l'angiome et de la glossite se confondent: ainsi par exemple, les lymphangiectasies assez communes, comme élément anatomopathologique au cours de l'évolution de la macroglossie, peuvent fort bien chez notre malade surajouter ses dilatations kystiques à celles du névus dégénéré.

Maintenant l'hypothèse d'une infection par voie lymphatique comme point de départ de la glossite, peut fort bien aussi se défendre en tant que cause productrice de la dégénérescence de l'angiome et des poussées fluxionnaires, mais ce n'est là qu'une simple hypothèse.

L'angiome dégénéré de la langue est une rareté pathologique et c'est pourquoi nous n'avons pas voulu laisser passer ce bel exemple sans une mention spéciale.

Le traitement a été des plus simple. Toutes les petites cavités papillaires ont été ouvertes au galvanocautère, puis on a enfon-

cé dans l'épaisseur de la langue l'anse de platine afin de détruire par un tissu cicatriciel le névus profond. Lavage de la bouche à l'eau chloralée et à la formaline comme soins consécutifs. La réaction a été pratiquement nulle. La turgescence de la langue est rapidement disparue, les papilles se sont affaissées, le tissu cautérisé s'est éliminé et au bout de 10 jours, la petite malade laissait l'Hôpital avec une langue nette, de coloration normale, non douloureuse, mais conservant son hypertrophie de glossite chronique qui datait de son jeune âge.



CHRONIQUES VESICALES ET PROSTATIQUES

Pendant des années j'ai rédigé de fort nombreuses ordonnances de SANMETTO, je le considère comme un agent thérapeutique de grande valeur. Dans les cas d'hypertrophie prostatiques des vieillards, de goutte militaire et dans toutes les irritations chroniques de la vessie et de la glande prostatique il fait preuve d'une action spécifique. Plus je manie le SANMETTO plus j'en ai confiance et par conséquent plus j'en ordonne.

Evansville, Ind.

DR. G. W. VARNER,

en 1886. iD

Intérêts Professionnels

M. LE DR VALIN, ET LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE MONTREAL

A la séance d'ouverture de la Société Médicale de Montréal en octobre dernier, M. le Dr Valin, président sortant de charge, profitait de l'occasion pour passer en revue l'œuvre accomplie durant l'année sous sa direction. C'est alors qu'il s'efforça de faire valoir toutes les ressources de son imagination, pour mettre en relief l'influence prépondérante que cette importante association de la métropole a fait rayonner sur les autres sociétés médicales qui l'entourent, et lui mériter le titre de "facteurs de progrès scientifique, professionnel et social."

Ce discours, marqué au coin d'une originalité de pensées dont notre confrère a plus d'une fois donné la preuve, avait déjà été publié au complet par la "Revue Médicale de Montréal," quand un mois plus tard, "l'Union Médicale," qui est pourtant plus rapprochée de M. Valin que la Revue, se risqua à nous communiquer ces pages fort remarquables.

Encore s'est-elle contentée pour le premier essai, de n'en servir à ses lecteurs que certaines tranches bien choisies qui se rattachaient aux parties les plus saillantes de l'apothéose des sociétés médicales. Elle a cru sage, d'un autre côté, de se limiter au procédé d'une *judicieuse* analyse, pour toucher certains autres points du discours sur lesquels l'orateur prêtait évidemment à ses yeux, le flanc à la critique.

Enfin, après plus mûres considérations, et peut-être sous l'influence de plus en plus puissante de l'orateur qui, fier de son œuvre, ne pouvait manquer de se prévaloir de l'absence de toute critique, dans la presse médicale, l'Union n'hésita pas davantage. C'est ainsi que sa livraison de décembre offrait à ses lecteurs, comme étrennes, peut-être, la pièce intacte de ce discours plein de suffisance, sous le titre "Les Sociétés Médicales."

On a dû assurément se demander en plus d'un lieu pourquoi l'Union, dont M. Valin est l'un des collaborateurs les plus assidus, n'a pas été la première à donner cette primeure à son public et pourquoi elle a laissé entrevoir tant d'hésitation avant de l'introduire au complet dans ses colonnes ?

Cette question devenait facile à résoudre pour tous ceux qui avaient eu la bonne fortune de lire ce discours dans la Revue. On avait le sentiment intime que l'orateur qui avait embrassé son sujet au point de vue le plus général, et pris une haute envolée dès son début, se maintiendrait à la hauteur d'un esprit professionnel large, emprunt de *justice et de loyauté* pour toutes les sociétés médicales dans le développement d'un tel sujet. Au contraire ! il se laissa choir très vite, dominé qu'il parut être par des sentiments reflétant un chauvinisme plus ou moins déguisé, ou tout au moins une manque de générosité ou d'impartialité.

On comprend, dès lors, les hésitations et les scrupules de l'Union, dont les Directeurs se sont toujours montrés senseurs rigides et sévères à l'égard de tout ce qui touchait de près ou de loin à ce soi-disant chauvinisme que plusieurs d'entre eux déclarent héréditaires dans notre profession.

Passer en revue les importants travaux de la Société Médicale de Montréal, durant la dernière année, eut déjà été, pour Mr Valin, un thème assez riche et bien propre à lui inspirer l'idée de faire ressortir, pour les travailleurs de nos associations,

de précieux enseignements. Sur ce sujet, notre confrère n'aurait certes pas eu à craindre de contradiction.

Pour ce qui regarde le " Bulletin Médical de la Société Médicale de Québec " en particulier, nous aurions applaudi de tout cœur à la haute appréciation de l'œuvre féconde de cette Société sœur qui, dans plus d'une circonstance, ceux d'entre nous qui avaient à se faire l'écho des sentiments des médecins de Québec, se sont plu à désigner comme l'une des sentinelles avancées du progrès scientifique dans notre province. Mais c'est précisément là le point que l'orateur a le plus négligé, parce qu'il était le mieux connu probablement. Il a cru devoir s'attacher plutôt à un point de vue plus général : celui de prouver l'utilité et la nécessité des Sociétés Médicales, et démontrer qu'elles ont été pour le corps médical, " des facteurs de progrès scientifique, professionnel et social."

Le cadre que l'orateur s'était tracé l'obligeait nécessairement à faire incursion dans le domaine des faits qui sont déjà acquis à l'histoire. Il ne pouvait donc pas les aborder sans s'astreindre à la plus stricte impartialité.

C'est donc sur ce terrain que nous suivrons M. Valin en conservant les trois points classiques de son discours. Il nous faudra bien signaler au passage certaines lacunes, et relever certaines appréciations qui nous ont paru peu conformes à la justice et au bon esprit professionnel que nous avons toujours rêvé pour notre profession, avec le concours de nos Sociétés Médicales.

A la vérité, et disons-le à l'instant, la réfutation complète et sans réplique des assertions de l'Union a déjà été faite dans le "Bulletin Médical de Québec" du mois d'octobre 1903. Mais comme M. Valin ne l'a probablement pas lu ou comme, plus probablement, il n'en a pas gardé mémoire, nous allons la lu

rappeler sous une autre forme, et plus heureux, cette fois, nous aurons peut-être la satisfaction de le voir en prendre note.

Dans son discours de fin d'année, M. le Dr Valin fait de l'histoire ; ainsi il insinue que la Société Médicale de Montréal est la première en titre, que c'est cette société qui est comptable de l'évolution progressive de la profession dans la province, la mère de toutes les autres sociétés de district, notamment de la "Société de Shefford," pour laquelle il semble nourrir une tendre sollicitude. M. Valin est-il sérieux et sincère quand il lance une telle affirmation ? Quand il prononçait ces paroles, ignorait-il donc que quand la Société Médicale de Québec a été fondée, il n'existait, dans toute la province, qu'une seule société de ce genre, celle du district de St-François, à laquelle nous avons emprunté les meilleures clauses de notre constitution ?

Montréal ne comptait alors qu'un simple comité d'études composé des internes de l'Hôpital Notre-Dame, s'il faut en croire la propre affirmation du Dr Lesage dans son discours prononcé à la grande convention de Québec en 1900 pour fêter le 4ème anniversaire de la fondation de la Société Médicale de Québec. En réalité, la société de Montréal n'était encore qu'à l'état de nouveau-né, alors que celle de Québec comptait quatre années d'existence ; et c'est grâce aux appels réitérés de celle-ci qu'ont surgi toutes les sociétés de districts et de comtés, M. Valin pourrait s'en convaincre à la lecture de toute la correspondance qui est à son entière disposition.

M. Valin semble attacher une grande importance aux banquets annuels de la Société de Montréal, et certes nous ne lui chercherons pas querelle à ce sujet, la coutume étant des plus louables. Suivant lui, la société soeur aurait été la première à les inaugurer. Il s'étonne que dans un grand centre comme Montréal, leur premier diner ne réunissait que dix-sept convives — ce que l'on pourrait appeler une véritable fête de famille —

tant qu'au second, ces agapes étaient honorées de la présence de 150 membres de la société. Son étonnement disparaîtra, s'il se rappelle qu'antérieurement, il y a eu à Québec une grande convention à laquelle furent jetées les bases de l'association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, convention dont l'influence se fit sentir sur chaque mouvement de la profession dans la province, depuis cette époque. N'est-ce pas de cette convention qu'est partie l'idée de votre congrès et du nôtre? Cette démonstration a laissé un nom dans l'histoire médicale au Canada et dans les annales de la Société Médicale de Québec.

Non, quand on ne veut rien voir il est inutile d'ouvrir les yeux.—Un coup d'oeil sur la table de tout ce qui a été écrit sur notre convention de 1900, pourra convaincre les plus mal disposés que Québec n'a pas été la quantité négligeable pour la profession dans tout ce qui s'est opéré durant les neuf dernières années.

On a dû remarquer la tendre sollicitude avec laquelle l'Union Médicale et la Société Médicale de Montréal traitent depuis quelque temps les Sociétés de Shefford et de Joliette. Loin de nous la pensée de mettre en cause ces deux sociétés qui sont animées du meilleur esprit et qui, certes, ont le droit de revendiquer leur large part dans le progrès de la profession médicale. A titre de simple curiosité et d'étrange coïncidence, nous serait-il permis d'en chercher la cause? On nous dit que c'est depuis le jour où les sociétés médicales ont demandé la réduction du nombre des gouverneurs du bureau des médecins à 25 membres. De cette réduction dans la représentation, il était facile alors d'entrevoir la possibilité de se faire une majorité pour servir le triomphe des idées de faction que nous aurons trop malheureusement l'obligation de combattre.

Disons à la louange de M. le Dr Beaudry, de Joliette, que

lui, au moins, tout en acceptant le principe d'une moindre représentation, il avait soin de revendiquer hautement la même proportion de représentation de district, prouvant, une fois de plus, par une telle attitude que les membres de la Société Médicale de Joliette, toujours au premier plan quand il s'agit du progrès professionnel, n'envisageaient toutes les grandes questions qu'à un point de vue d'ordre supérieur.

Puisque M. Valin porte un intérêt aussi vif à la Société Médicale de Shefford, nous sera-t-il permis de lui demander pourquoi il a passé sous silence l'attitude de ses représentants MM. les Drs D. Pagé, et Art. Lessard qui ont fait un travail constant, jusqu'à ce jour à chaque réunion du Bureau, pour amener celui-ci à prendre des mesures effectives afin de favoriser la création de nouvelles sociétés médicales dans la province, les aider au moyen de secours tangibles, la publication de revues et l'organisation de conférences; etc? En sa qualité de président d'une société, pourquoi n'a-t-il pas secondé des appels aussi louables et ne s'est-il pas élevé contre l'attitude du Président du Bureau des médecins, M. le Dr Lachapelle, qui a toujours été dans cet ordre d'idées notre pierre d'achoppement? Ne vaudrait-il pas mieux chercher, si réellement il peut exister des raisons pouvant justifier le projet de convertir en une caisse de secours pour les invalides d'entre nous, l'aide qu'il devait accordé aux efforts de ceux qui, animées d'idées qu'on ne saurait assurément pas taxer de mesquinerie, voulaient doter notre province de sociétés médicales destinées à rendre les plus grands services à la cause professionnelle?

Un mot du bill Roddick et de la loi Taschereau, et faisons encore ici, dans l'intérêt professionnel, la part des mérites et des responsabilités.

Comme je ne doute pas de la loyauté de M. Valin, mieux

informé, ou plutôt mieux servi par sa mémoire, il sera forcé de reconnaître que c'est Québec qui a engagé et soutenu le poids de la lutte contre le projet de loi, qui a formé l'opinion du public médical, des sociétés de districts et de comtés, des médecins en général, qui a convaincu les législateurs et les membres du Bureau. Aidée des sociétés de districts, c'est la Société Médicale de Québec, dont M. Valin semble ignorer l'existence, qui a démontré que ce bill Roddick n'était pas acceptable et qui l'a fait rejeter par les Chambres et par le Bureau. Mais quand toute la besogne fut terminée, que Sir Wilfrid qui avait envoyé deux délégués à Québec pour connaître le sentiment de la profession rejetait 15 jours après le principe du bill, en s'appuyant sur les résolutions de notre Société, que toutes les sociétés de district avaient endossées à notre appel, la Société de Montréal sentit alors le besoin de s'accommoder à la situation présente. Tout cela c'est de l'histoire. Disons-le carrément sur cette question comme sur celle du Bill Taschereau qui n'est qu'une répétition de la précédente, la Société Médicale de Montréal n'a fait que nuire à la profession. Le verdict des chambres et du Bureau est là pour nous donner raison. Réellement par décence pour sa Société, M. le Dr Valin n'aurait pas dû parler de ces choses étant donné que sur tous les points elle n'a rencontré que des échecs. Pendant qu'on soutenait là bas le principe de ce bill, ici nous triomphons sur ce même principe que nous combattions.

On se rappellera que M. le Dr Brochu soutenait alors que les médecins de l'Angleterre seraient dans l'impossibilité de traiter avec nous sans modifier les règlements de leur Bureau, et en effet, nous avons vu les Chambres anglaises, en face de l'attitude énergique de la ligue de la Province de Québec et sa lutte implacable en faveur du maintien de notre autonomie en matière d'éducation, nous avons vu, disions-nous, il y a à peine quelques mois, les Chambres anglaises modifier la charte du

Bureau des médecins de l'Angleterre pour leur permettre d'ouvrir avec nous des négociations.

Quant au bill Taschereau, il est trop d'hier pour en parler au long. Disons seulement, que tout ce que la Société de Montréal a pu faire de mieux sur cette question, ça été de rendre le bill inacceptable au Président du Bureau lui-même. Ça paraît drôle, mais c'est vrai. Sur le conseil de l'aviseur légal du Collège, M^{re} Geoffrion, M. le Président Lachapelle se rallia de bonne grâce au compromis honorable qui a été sanctionné par la législature, sans aucun sacrifice de nos droits et privilèges.

Espérant que notre confrère aura bientôt l'occasion de discourir dans les mêmes parages, qu'il veuille assurer M. le Président du Bureau que nous regrettons la trop grande sollicitude qu'il a mise à vouloir affecter le surplus des finances du collège qui était destiné à la fondation et au maintien des sociétés médicales pour fonder une caisse de secours qui est loin d'être prête de s'ouvrir pour la "Sauvegarde" des indigents de la profession ; que l'organisation de nouvelles sociétés médicales, par l'entremise du Bureau, n'est qu'affaire ajournée, eu dépit des obstacles que l'on multiplie pour en enrayer la diffusion ; qu'à l'exemple du McGill, qui a fondé une bibliothèque à l'usage des médecins de la ville, innovation à laquelle tout le monde a applaudi, des moyens seront pris pour fournir aux sociétés médicales des revues, etc, pour le plus grand bien de la profession, et partant du public, et ce avec l'approbation de M. Valin, s'il veut se montrer conséquent avec lui-même.

Après tout, ce qui est digne d'éloge et nécessaire pour les médecins de Montréal et de Québec, doit l'être d'avantage pour les médecins de nos campagnes.

Faites aussi remarquer à M. le Président qu'on aurait fait preuve de simple générosité en nommant dans le comité de lé-

gislation un représentant pour Laval de Québec ou au moins un gouverneur de district.

De plus nous aurions assurément préféré voir votre association utiliser la brise qui a soufflé un moment dans ses propres voiles, pour pousser de l'avant le vaisseau sur lequel aiment à servir ceux qui donnent la première place aux intérêts généraux de la profession. Placé comme on l'était, dans les conditions avantageuses, que lui offrait l'année qui vient de finir, nous aurions aimé certainement à voir apprécier plus équitablement le mouvement scientifique dans notre province.

A l'instar de la décision qu'elle a fait sanctionner par la ville de Montréal, à l'effet de faire enlever sur les murs les vieux papiers dans un but hygiénique très louable avant de les remplacer par de plus nouveaux, nous croyons que son président actuel pourrait tirer de ce fait un enseignement salutaire pour tous : faire enlever de la dernière administration tous ces vieux papiers qui renferment une leçon aussi malsaine que celle que vous professez dans votre discours de sortie.

Il pourrait également par la même voie rectifier les affirmations de M. le Dr Derome qui, en faisant l'éloge de notre regretté confrère, le Dr Boulanger, disait que celui-ci avait fondé son journal à Québec avec l'aide actif de feu le Dr Brennan, quand il est absolument su et connu, sans qu'on puisse le contester, que "La Revue Médicale" a été fondée à Québec par le Dr Boulanger avec le concours actif de tous les médecins de la ville et l'appui moral des professeurs de l'Université Laval. Aussi longtemps que la Revue a été publiée à Québec, comme question de fait, le Dr Brennan n'y a jamais collaboré d'un seul mot, et rendu à Montréal, c'est encore avec l'appui de ses nombreux amis de Québec que notre regretté confrère a poursuivi son œuvre dans la métropole.

Il est bon de rappeler tous ces faits, tous ces petits détails, ne serait-ce que dans le but de faire comprendre une bonne fois, que nous ne sommes pas insensibles à cette guerre à coups d'épingle dont on est toujours si prodigue à notre égard. On semble avoir organisé là-bas à notre endroit tout un système de dénigrement et d'effacement. A grand coups de tam-tam, on cherche à grossir le moindre de ses gestes et faire tout le tapage possible pour laisser ignorer le travail d'autrui. En définitive, c'est la profession qui souffre d'un tel système et il est grand temps d'y mettre fin. Si l'on ne cherche, en certains parages, que le triomphe mesquin des personnes, il incombe d'autant plus aux esprits plus larges et mieux faits, le devoir d'élargir le cercle des idées pour le plus grand bien commun.

Nous regrettons d'avoir été si long et peut-être un peu sévère à l'égard de M. le Dr Valin ; il n'a pourtant qu'à s'en prendre à lui et bien croire qu'aucune pensée de malveillance et d'animosité personnelle n'a présidé aux lignes qui précèdent.

En face de l'espèce de provocation contenue dans les affirmations erronées de son discours, et, nous le répétons, la tactique préconçue et systématique de tout rapporter le mérite à soi-même à l'exclusion d'autrui auquel revient ce même mérite, nous étions tenus d'élever la voix pour revendiquer l'honneur de notre société et de toutes celles qui nous environnent. Nous croyons avoir rempli ce devoir avec conscience, et guidé par les seuls sentiments du véritable esprit professionnel et de la plus stricte impartialité.

Dr C. R. PAQUIN.

Québec, 25 janvier 1905.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA NÉCESSITÉ DE L'EXAMEN DU CANAL GENITAL DANS LES INFECTIONS PUERPERALES

Par le docteur JOSEPH U. LANOIE

Accoucheur et gynécologiste à l'hôpital civique de Fall-River, Mass.

Je vous présente une malade dont l'histoire servira à démontrer toute l'importance de faire un bon examen de la muqueuse vaginale dans tous les cas de fièvres puerpérales. J'ai examiné plusieurs femmes en consultation avec des confrères, en pratique générale, et je regrette de dire que, la plupart du temps, ceux-ci avaient complètement négligé de s'assurer, par un examen attentif, s'il n'y avait pas de surface infectée ou ulcérée de la muqueuse du vagin. Très souvent aussi on avait fait le curetage de l'utérus et laissé sans traitement ces plaies du vagin qui étaient les portes d'entrée de l'infection. L'importance pratique de ce sujet et l'embarras du traitement chirurgical, dans un grand nombre de cas de fièvres puerpérales, m'ont induit à présenter cette observation.

Madame J., multipare, âgée de 32 ans, est accouchée le 4 septembre, 1904. Accouchement normal. Son médecin n'a rien observé d'anormal avant la dixième journée, alors qu'il a constaté un écoulement sanguin assez considérable. La température le matin, à ce moment, était de 101° F.: le pouls à 85. Durant les neuf jours suivants la température avait varié de 102° F. à 105° F.; le pouls n'a jamais dépassé 100 mais il y avait eu des frissons. Pas de fétidité des lochies. L'utérus fut cureté trois fois et, chaque fois, le curetage fut suivi d'une bonne injection d'eau chaude bouillie. Par ces moyens, cependant, on ne réussit à sortir que quelques petits caillots.

J'ai été appelé auprès de cette femme la vingtième journée après son accouchement. La température était de 105° 1/5 F.; le pouls à 142.

La douleur dans la région de l'ovaire gauche était si intense qu'il me fut impossible de faire un examen satisfaisant. Cependant, j'ai pu constater de l'infiltration du ligament large gauche une augmentation de volume de l'ovaire et de la trompe gauche, et le doigt sentait une ulcération à la base du ligament large et une autre au-dessus du museau de tanche. Il n'y avait pas de tympanisme ni de rigidité des muscles abdominaux; le facies n'avait rien de la péritonite généralisée.

Ayant obtenu le consentement de la famille, je fis transporter la malade dans mon service, à l'hôpital civique, où elle fut préparée pour l'opération qui fut faite le même soir, à 11 heures. La malade fut préparée pour l'incision vaginale ou abdominale, le choix devant être fait après un examen sous l'éther. A cet examen je trouvai l'utérus libre, l'ovaire la trompe et le ligament large droit dans un état à peu près normal. Il y avait augmentation de volume de l'ovaire et de la trompe gauche; l'ovaire étant de la dimension d'une poire. A l'ouverture de l'abdomen, j'ai défait quelques adhérences entre les intestins, la trompe et l'ovaire gauche. Ces deux organes étaient congestionnés et d'apparence veloutée. A l'extrémité libre de la trompe il y avait quelques gouttes de pus. Le ligament large était épaissi dans toute sa longueur et sa largeur. Il était infiltré, dur, et, sur aucun point, ne présentait d'indices de formation de pus. L'infiltration avait envahi le tissu connectif sous-péritonéal de la paroi gauche et du plancher du bassin. L'utérus, la trompe, l'ovaire et le ligament large, du côté droit, étaient d'apparence normale.

En présence de ce fait et du danger d'ouvrir le ligament large gauche, fort infecté, l'hystérectomie était contre-indiquée. La trompe et l'ovaire gauche, d'où partait l'infection qui commençait à s'étendre à la cavité péritonéale, furent enlevés et, après ligature du ligament large, la partie fut entourée avec de la gaze stérilisée, de façon à empêcher l'infection de s'étendre en y provoquant des adhérences. Un drain en verre fut aussi placé dans le cul-de-sac.

Ayant ainsi disposé de l'ovaire et de la trompe infectes, le problème suivant était de décider la meilleure manière de traiter le

ligament large qui devait contenir des microbes en grande quantité. Il n'y avait aucune collection de pus et, par conséquent, pas de nécessité pour le drainage. L'absence de pus me fit espérer que la résolution pouvait se faire et que, si la péritonite généralisée pouvait être prévenue, la patiente, fortement stimulée, pourrait guérir. De plus, en supposant qu'un abcès put se former, plus tard, entre les feuilletts du ligament large, il eut toujours été temps d'ouvrir et de drainer soit le long du ligament de Poupert ou à travers le vagin.

Avec ces idées en tête, et en présence d'une femme si malade, dont le cœur s'ablissait sous l'effet de l'éther, j'ai fermé l'abdomen aussitôt que possible.

Le matin suivant, la température était descendue à 99°F et le pouls à 84. Quelques heures plus tard, cependant, apparurent les grandes variations de température qu'on observe dans les formes lymphangitiques ou phlébitique des fièvres puerperales, et, en dépit de l'administration des meilleurs stimulants-champagne frappé cognac, strychnine, digitale, caféine, quinine et les injections intraveineuses de serum artificiel, cette femme expirait quatre jours après l'opération et presque quatre semaines après son accouchement. La dose de poison absorbé avait été trop forte et l'assistance chirurgicale était venue trop tard.

De tels désastres sont bien de nature à nous faire comprendre toute la responsabilité que nous assumons, dans de tels cas, par la négligence à ne pas s'assurer, dès le début au moyen d'un bon examen, de la cause de l'infection.

Il est très difficile d'obtenir de nos compatriotes la permission de faire l'autopsie, et je vous assure que je me suis donné beaucoup de mal pour obtenir de faire celle-ci. La raison pour laquelle je tenais tant à avoir le consentement de la famille est que, l'été dernier, j'eus le malheur de perdre une femme, à l'hôpital Union, de Fall River, quatre semaines après la cholecystomie, pour calcul biliaire. Cette opérée expirait à 6¼ hr du soir et une heure plus tard, sans autorité de la famille, j'étais à faire l'autopsie avec mon confrère, le docteur B., en présence des élèves gardes-malades de l'hôpital. Croyant avoir tout le temps nécessaire, nous en profitons pour donner aux élèves quelques explications sur l'anatomie et la physiologie des organes internes. Mais nous comptions sans le mari qui venait d'arriver et avait entendu le bruit des instruments dans la chambre mortuaire. Informé des soupçons du mari, je jugeai que l'occasion n'était pas propice pour obtenir des concessions. Comme il n'y avait pas d'autre issue que le corridor où se tenait le mari soupçonneux, je fus

force de passer trois longues heures, en compagnie du docteur B., dans une garde-robe, en attendant l'arrivée du croque-mort. Le matin suivant, mon individu offrit à deux médecins de les payer pour venir faire un examen et lui dire si on avait "ouvert sa femme". Je dois dire, à l'honneur de ces médecins, qu'ils ont refusé de jouer un tel rôle.

Mais pour revenir à notre cas. L'autopsie fut très intéressante. En premier lieu, elle démontra la valeur de l'emploi de la gaze pour localiser l'infection. La grande cavité péritonéale et les intestins avaient été protégés. Il n'y avait pas le moindre signe de péritonite au-delà de la gaze protectrice. En second lieu, elle me fit voir l'origine de l'infection, et prouva que de tels désastres peuvent être évités en traitant les plaies infectées du vagin avant que des dommages irréparables ne se soient produits. L'utérus, les ligaments larges, la vessie et la partie supérieure du vagin furent enlevés d'une seule pièce. L'examen révéla trois ulcérations. La première, à un pouce au-dessus de la lèvre antérieure du col ; la seconde commençant sur le bord de la lèvre postérieure du col et s'étendant dans le canal cervical ; la troisième, située à la base du ligament large gauche. L'utérus ne présentait aucun signe d'infection, en dépit du fait que, à trois reprises, cette femme avait été inutilement curetée et que ces manipulations avaient été faites à travers un vagin infecté.

J'ai eu, depuis deux autres cas où l'infection du vagin a été reconnue et traitée promptement, avec les plus beaux résultats. Aussi, toutes les fois qu'un frisson intense ne pouvant être expliqué par une maladie intercurrente, survient dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, je fais un examen du canal génital, de la vulve au col utérin, me servant d'un speculum bivalve, et, quand c'est nécessaire, du miroir frontal avec lampe électrique. Les parties ulcérées ou nécrosées étant reconnues sont nettoyées puis cautérisées avec une solution de chlorure de zinc à 50 p. c., ou de nitrate d'argent, 60 grs à l'once ; puis je fais donner une douche, deux fois par jour, avec une solution de créoline à 2 pour cent.

La valeur d'un tel traitement me semble indiscutable, car j'ai constaté, dans la pratique de certain confrère, les conséquences les plus fâcheuses de ce refus, ou, plutôt, de cette négligence d'examiner et de traiter ces petites plaies infectées du vagin. Dans mon service, à l'hôpital civique, toute déchirure du col, du vagin ou de la vulve, sont réparées sur le champ, et les résultats sont magnifiques.

Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile, dans la clientèle privée, quand la lumière est mauvaise et que l'aide manque, de faire de telles réparations, mais le médecin, même sans aide, ne doit jamais laisser la maison de l'accouchée sans avoir réparé, au moins, les déchirures du périnée.

Nous avons tous rencontré de ces confidés—chanceux—qui se vantent de n'avoir jamais déchiré de périnée. La raison pour laquelle ils croient n'avoir jamais eu de déchirures du périnée est bien simple : C'est qu'ils ne se sont jamais donné la peine de regarder. Malheureusement, dans beaucoup de cas, l'infection est d'une telle violence que les femmes n'ont pas la force de résister longtemps et sont emportées rapidement, si un traitement énergique n'est pas appliqué à la première alarme.

Dans les cas où le pus n'a pas eu le temps de se former, que l'infection s'est rapidement étendue, à travers les lymphatiques, au tissu cellulaire pelvien, il me semble désirable de faire une bonne incision et d'assurer le drainage, si l'empoisonnement n'est pas trop avancé.

Dans ce cas-ci, il est certain que l'infection avait existé trop longtemps et cela a été la cause que le traitement chirurgical est demeuré sans effet. Il est aussi possible, lorsque l'infection n'est pas limitée aux ligaments larges, mais a envahi le tissu connectif des parois latérales et du plancher du bassin, que le traitement chirurgical soit inutile. Il faut stimuler autant que possible ces malades pour aider le traitement chirurgical et, par ces moyens, on peut sauver celles qui n'ont pas absorbé une trop forte dose de poison.

Comme il est prouvé, par les recherches bactériologiques, que ces infections sont causées par le streptocoque, on peut, en même temps, injecter le sérum. La cellulite puerpérale est relativement rare, et le cas que je viens de vous présenter est offert comme contribution à ce sujet, qui intéresse au même degré l'accoucheur et le gynécologiste.

