

# LE JOURNAL DE Médecine et de Chirurgie Montreal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

## RÉDACTION

### MÉDECINE & THÉRAPEUTIQUE

**J. J. GUÉRIN,**  
Professeur de Clinique Médicale  
à l'Université Laval,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**T. BRUNEAU,**  
Prof. agrégé à l'Université Laval  
Assistant à la Clinique Médicale  
de l'Hôtel-Dieu,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**E. P. BENOIT**  
Professeur de Clinique Médicale  
à l'Université Laval,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

**DAMIEN MASSON,**  
Ancien Moniteur à l'Université Ca-  
tholique de Lille. Docteur en  
Médecine de l'Université  
de Paris.  
Médecin de l'Hôpital Nazareth  
(Institut Ophthalmique).

### CHIRURGIE et GYNÉCOLOGIE

**F. DE MARTIGNY,**  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Ancien Assistant Chirurgien de  
l'Hôpital Péan de Paris.  
Gouverneur du Collège des Médecins  
de la Province de Québec.

**W. J. DEROME,**  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Prof. Agrégé à l'Université Laval.

**FERNAND MONOD,**  
Ancien Interne Lauréat en Chirurgie  
des Hôpitaux de Paris.  
Lauréat de la Société de Chirurgie  
de Paris.

**E. ST-JACQUES,**  
Prof. agrégé à l'Université Laval  
Chargé de la Clinique Chirurgicale  
à l'Hôtel-Dieu,  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

**D. A. HINGSTON,**  
F. R. C. S.,—Ed.—Membre du Collège  
Royal des Chirurgiens d'Angleterre.  
Chirurgien de l'Hôtel Dieu.

### OPHTALMOLOGIE ACCOUCHEMENTS LARYNGOLOGIE

**J. N. ROY,**  
Membre de la Société Française  
d'Ophthalmologie. Membre corres-  
pondant de la Société Française  
d'Oto-Rhino-Laryngologie.  
Assistant au Dispensaire de  
l'Hôtel-Dieu.

**E. A. RENÉ DE COTRET,**  
Professeur adjoint d'Obstétrique  
à l'Université Laval.  
Médecin Accoucheur de la  
Maternité.

**D. GRAY, B.A., M.D., C.M.**

### PÉDIATRIE

**S. LACHAPPELLE,**  
Professeur de Pédiatrie à  
l'Université Laval,  
Directeur médical de la Crèche des  
des Sœurs de Miséricorde,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

**J. LEDUC,**  
Directeur Médical à l'Hôpital  
St-Paul.  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

### SCIENCES BIOLOGIQUES

**A. LOIR,**  
Professeur à l'École Nationale Su-  
périeure d'Agriculture Coloniale.  
Lauréat de l'Académie de Médecine  
de Paris  
et Prof. de Biologie à l'Univ. Laval.

### HYGIÈNE

**J. E. LABERGE,**  
Chef du Bureau des Maladies Conta-  
gieuses à l'Hôtel-de-Ville.

### MÉDECINE LÉGALE & MALADIES MENTALES

**GEO. VILLENEUVE,**  
Professeur de Clinique des  
Maladies Mentales et  
prof. adjoint de Médecine Légale.  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

### VOIES URINAIRES

**GEORGES LUYS**  
Ancien Interne des Hôpitaux  
et Ancien Assistant du Service des  
Voies Urinaires à l'Hôpital  
Lariboisière.

### ANATOMIE

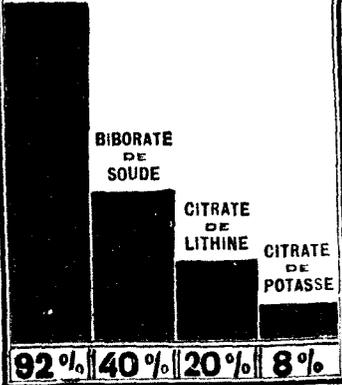
**L. D. MIGNAULT**  
Professeur d'Anatomie à  
l'Université Laval,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Sécretaire de la Rédaction,  
Sécrets Adjointes,  
Administration,

**E. ST-JACQUES,** 29 Sherbrooke, Ouest.  
**A. MARCIL** **L. VERNER**  
**W. J. DEROME** 270 Sherbrooke Est.

Solubilités comparées  
de l'Acide urique dans :

**PIPÉRAZINE**



# PIPÉRAZINE MIDY

## GRANULÉE EFFERVESCENTE

20 centigrammes de Pipérazine  
par mesure jointe au flacon.

Dans les crises aiguës : 3 à 6 mesures par jour.  
Comme préventif : 1 à 3 mesures 10 jours par mois.

**Le plus grand dissolvant de l'Acide urique**  
**GOUTTE — GRAVELLE — RHUMATISME**  
**ARTHRITISME** dans toutes ses manifestations.

Pharmacie MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

## TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Grippe, Scrofule, Rachitisme

# SOLUTION PAUTAUBERGE

au Chlorhydro-Phosphate de Chaux créosoté  
10 centigrammes de Créosote et 50 cent. de Sel de Chaux par cuillerée à potage.

La mieux tolérée des Préparations créosotées  
**ANTICATARRHALE et ANTI-SEPTIQUE**  
**EUPEPTIQUE et RECONSTITUANTE**

Employée avec succès depuis 25 ans dans les  
Hôpitaux de Paris et par tout le monde médical français.

Tout particulièrement recommandée chez les  
*Enfants de Constitution délicate, sujets aux*  
rhumes et bronchites, pour prévenir la **TUBERCULOSE.**

**L. PAUTAUBERGE, COURBEVOIE-PARIS.**

AGENTS | CANADA : LYMAN, SONS & Co., MONTRÉAL.  
| ETATS-UNIS : Geo. J. WALLAU, Inc. 2 & 4 Stone St., NEW-YORK

# ÉPILEPSIE ) Depuis Trente Années sans DRAGÉES GÉLINEAU Réclame bruyante, les

ont su conquérir et conserver l'appui du Corps médical français et  
étranger. Est-il besoin d'autres recommandations ?

Les DRAGÉES GÉLINEAU sont devenues le remède par excellence de toutes les  
Maladies nerveuses et convulsives et spécialement de l'**ÉPILEPSIE.**

Leur action est rapide et durable, leur administration facile, leur dosage exact.  
Une règle à ne pas oublier c'est qu'il faut toujours faire prendre les DRAGÉES GÉLINEAU  
au milieu du repas (*Journal de Médecine de Paris*).

Seuls Agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, (Agences Dec

Notre-Dame Est, Montréal.

# A NOS LECTEURS

Ce premier numéro de l'année apporte à nos lecteurs nos meilleurs souhaits pour le Nouvel An.

Qu'il nous soit permis d'exprimer le vœu de voir une collaboration plus intime encore entre les membres de la profession médicale. Sûrement les sociétés médicales régionales en sont le moyen le plus pratique : elles accomplissent les groupements de cantons, favorisent les échanges d'idées, unifient les desiderata et peut-être plus encore créent la sympathie professionnelle.

Nous nous plaisons à reconnaître et citer l'excellent travail accompli dans cette direction, entr'autres par la Société Médicales de langue franJoliette. La Société Médicale de Montréal — la pionnière des Sociétés Médicales de langue française dans notre province— fait son travail régulier et toujours on l'a vue à l'avant-garde des bons mouvements. Sous la direction éclairée de son distingué Président, le Dr Lesage, qui passe au Conseil— tel l'antique Conseil des Nobles— notre Société a cette dernière année pris l'initiative d'un bon nombre de mesures de toute première importance. Le Dr T. Parizeau, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, qui vient d'être appelé à la Présidence, continuera à pousser la Société dans la voie du progrès. Nos lecteurs verront d'ailleurs plus loin, à la lecture du rapport annuel du Secrétaire, que l'activité de la Société cette année n'a en rien cédé à celle des années précédentes. Nous nous reprocherions de ne pas reconnaître et mentionner le zèle inlassable du Secrétaire de la Société, le Dr B. Bourgeois, à qui revient une large part du succès des séances.

Que nos collègues se groupent en société et qu'ils prennent une part active aux réunions. Les questions d'intérêt professionnel général sont nombreuses et il est important que nos gouverneurs et nos conseils supérieurs connaissent le sentiment général à leur sujet.

Que nos collègues prennent plus souvent encore occasion de l'hospitalité de nos colonnes, qui leur sont toujours ouvertes, pour exposer leurs vues sur des sujets d'intérêt professionnel.

Car c'est par cet échange de vues entre les différentes parties d'un même corps, que se crée la solidarité, sans laquelle on ne peut rien mais avec laquelle on peut beaucoup, sinon tout !

## LA RÉDACTION



## Deux cas d'abcès de la prostate

*Par le Dr N. Fournier. Chef du dispensaire de chirurgie à l'hôpital Notre-Dame, Montréal*

**OBSERVATION 1<sup>re</sup>.**— M. A. âgé de 34 ans, de santé antérieure excellente, blennorrhagique depuis 3 semaines et très souffrant surtout depuis 2 jours se présente à notre consultation. Ses douleurs sont lancinantes, gravatives, siègent au périnée avec irradiations à l'anus et à la verge. Il est tourmenté nuit et jour par des envies d'uriner incessantes ; les mictions sont excessivement douloureuses et teintées de sang vers la fin. Le facies est abattu, la langue chargée, l'appétit nul, la constipation opiniâtre. A 4 hrs p.m. la température est à 101° le pouls à 100.

**EXAMEN.**— L'urèthre, souple dans sa portion antérieure laisse couler un pus vert salé contenant des gonocoques nombreux ; l'urine est trouble dans les deux verres. Avec l'index introduit dans le rectum, on trouve que l'urèthre prostatique et le col vésical sont très sensibles au toucher, et le lobe gauche de la prostate hypertrophié et présentant une bosselure de la grosseur d'un pois, dure et d'une sensibilité exquise.

Après avoir lavé l'urèthre et la vessie au moyen d'une sonde en gomme conique No 15 française et d'une solution boriquée tiède, je retirai l'instrument, laissant dans la vessie 2 ou 3 onces de la solution. Puis avec l'index, je comprimai doucement, mais longuement la bosselure prostatique, et la solution boriquée laissée dans la vessie, pissée ensuite par le patient était chargée de pus.

J'avais donc affaire à une urétrite blennorrhagique compliquée de prostatite aiguë, avec petit abcès parenchymateux de la prostate ouvert dans l'urèthre, et cystite du col :

**LE TRAITEMENT FUT SIMPLE.**— Laxatifs fréquents, alcalins, diète lactée, repos au lit, petits lavements chauds répétés 3 ou 4 fois par jour ; évacuation de l'abcès 1 fois par jour, par compression douce avec l'index recouvert d'un doigtier et introduit dans le rectum,— combinée à un grand lavage boriqué très chaud urethro-vésical, morphine au besoin en suppositoire.

L'amélioration qui se montra dès le début de ce traitement s'accrut de jour en jour et au bout de 15 jours le patient ne souffrait plus du tout. Seule son urine témoignait encore d'une urétrite postérieure par les filaments qu'elle contenait en suspension. Nous avons alors commencé les massages prostatiques, les instillations de nitrate d'argent, la dilatation aux Béniquées, et au dilateur-laveur de Kollman ; Nous avons même dû avec un petit crayon de nitrate d'argent monté sur une longue et fine tige cautériser des foyers d'infiltration

molle siégeant dans l'urèthre postérieur au moyen de l'uréthroscope de Lydston. Il y a 4 mois de cela, et le malade est complètement guéri.

**OBSERVATION 2<sup>e</sup>.**— M.B., âgé de 40 ans, journalier, de bonne santé antérieure se faisait dilater ses rétrécissements uréthraux dans un dispensaire, quand il y a 15 jours à la suite d'une de ces séances qui avait été plus douloureuse que les autres il fut pris de frissons, de fièvre et de douleurs. Au moment où nous le vîmes, ses mictions n'étaient pas augmentées de fréquence, mais il urinait difficilement et avec douleurs. Il avait la sensation d'un corps étranger dans le rectum avec élancements au périnée ; avec cela, courbaturé, anorexie, constipation et température à 100 degrés.

**EXAMEN :** Urine purulente dans les 2 verres. Au toucher rectal le doigt enfonce dans le lobe droit de la prostate comme dans du mastic en même temps qu'un flot de pus s'échappe de l'urèthre. Cet abcès de la prostate, sans cystite, ouvert dans l'urèthre fut également guéri dans 3 ou 4 semaines par des massages doux du lobe prostatique malade combinés, à des grands lavages uréthro-vesicaux chauds.

**ANATOMIE.**— La prostate est un organe musculo-glandulaire, situé au périnée, au niveau du col vésical, autour de l'urèthre. De la grosseur d'une châtaigne, elle a la forme d'un cône comprimé de haut en bas. Longitudinalement elle est traversée par l'urèthre qui est plus rapproché de sa face antérieure. A vrai dire, c'est une agglomération constituée par des glandes en grappes, du tissu musculaire lisse et strié, du tissu conjonctif qui devient fibreux chez l'adulte, du tissu élastique, des vaisseaux et des nerfs. Les glandes en grappes forment 40 à 50 lobules dont chacun à un canal excréteur s'ouvrant directement dans l'urèthre postérieur et pour la plupart sur sa paroi inférieure. Elle n'a pas de capsule propre, mais se trouve contenue dans une loge que lui forment surtout l'aponévrose-moyenne du périnée, les aponévroses prostatopéritonéale et pubo-rectale. Des adhérences fibro-musculaires lient solidement la glande à l'urèthre et à la loge. Les lobules de la glande sont séparés les uns des autres par des cloisons fibro-musculaires.

Elle repose sur l'aponévrose moyenne du périnée, se trouve en rapport par sa face antérieure avec le plexus de santorini et le ligament antérieur de la vessie. Sa base reçoit l'extrémité antérieure des vésicules séminales et les canaux déférents, son extrémité antérieure, ou bec entoure l'urèthre. Les artères sont fournies par le système hypogastrique ; les grosses branches cheminent dans l'épaisseur de la capsule, tandis que la glande elle-même ne reçoit que les plus petites branches.—Les nerfs viennent du plexus hypogastrique. Head a trouvé que la 10<sup>e</sup> paire dorsale (racines postérieures) donne des filets sensitifs à la partie supérieure de l'urèthre ; les deux dernières dorsales, et la 1<sup>ère</sup> lombaire donnent des filets sensitifs à la partie inférieure de l'urèthre et à l'épididyme ; ce qui expliquerait les douleurs lombaires perçues par certains malades qui se

croient guéris de leur blennorrhagie, parce qu'ils ne coulent plus, tandis que les filaments contenus dans leur urine témoignent d'une lésion existante de l'urèthre postérieure.

**ETIOLOGIE.**— Aiguë ou chronique, sa cause la plus fréquente est la blennorrhagie (69 fois sur 98 d'après Segond), mentionnons aussi les causes générales telles que les oreillons, la variole, l'infection purulente.

Cette complication de l'uréthrite blennorrhagique survient vers le 3<sup>e</sup> septenaire de l'infection, à l'occasion d'excès d'alcool, de coït ou de manipulations intempestives, telles qu'injections violentes, pendant la période aiguë ou cathétérisme maladroit.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.**— Dans une première phase, l'infection de l'urèthre postérieur gagne les conduits glandulaires par continuité de tissu et se limite à l'épithélium glandulaire. Les conduits excréteurs sont obstrués par des bouchons formés de l'hypersécrétion glandulaire et de globules blancs. Lorsqu'ils sont expulsés dans l'urèthre, ces bouchons conservent la forme des canaux excréteurs et apparaissent dans l'urine sous forme de filaments en virgule courts. Il n'y a pas de fièvre alors.

Dans une deuxième phase, il se forme de petits abcès qui après avoir détruit le tissu interlobulaire, s'ouvrent les uns dans les autres pour former un abcès plus gros. Il y a alors de la fièvre et des symptômes généraux. Souvent l'abcès s'ouvre spontanément dans l'urèthre ; mais il peut aussi, ce qui est plus grave, gagner la périphérie de la glande, et s'ouvrir une voie vers le rectum, le périnée, ou en haut vers le péritoine.

**TRAITEMENT.**— 1<sup>e</sup> Un abcès de la prostate qui s'est ouvert dans l'urèthre sera avantageusement traité par des messages doux combinés aux grands lavages uréthro-vésicaux.

2<sup>e</sup>.—Si l'abcès n'est pas ouvert, il faut se hâter de donner issue au pus et choisir de préférence la voie périnéale, qui expose moins à l'infection, (tel que phlegmon péri-prostatique) et aux fistules uréthro-rectales. (Albarran).

3<sup>e</sup>.— Comme traitement prophylactique nous nous sommes toujours bien trouvé, quand pendant le traitement d'une blennorrhagie, l'infection a atteint l'urèthre prostatique, nous nous sommes, dis-je, toujours bien trouvé des massages de toute la région prostatique combinés aux grands lavages uréthro-vésicaux. Il faut éviter tout ce qui peut traumatiser l'urèthre et ouvrir ainsi une porte à l'infection.

Tout au plus peut-on se permettre l'introduction avec beaucoup de douceur jusque dans la vessie, d'une petite sonde conique en gomme bien huilée préalablement, pour garnir ce réservoir, de la solution d'acide borique ou de préférence de permanganate de potassium que le malade pissera ensuite après le massage.

Le traitement médical s'adresse surtout aux symptômes. Les bolsamiques sont contre indiqués.

## Clinique Médicale

### *Ruptures valvulaires spontanées ou traumatiques*

Peut-il y avoir rupture subite des valvules cardiaques ? La clinique depuis longtemps en a relevé des observations indubitables.

A l'occasion d'un malade de son service, atteint d'une lésion valvulaire d'origine traumatique, M. Barié faisait dernièrement une revue de la question, Déjà en 1881, Barié avait dans un mémoire spécial, relevé 35 observations, dont 5 à 6 personnelles.

Tous les appareils valvulaires peuvent être le siège de ces ruptures ; la mitrale, les sigmoïdes, et plus rarement la valvule tricuspide ; M. Barié a même vu un cas de rupture des sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Ces ruptures peuvent d'ailleurs être spontanées ou traumatiques.

Les premières se voient surtout chez les hommes, car elles nécessitent pour se produire presque toujours un effort violent et brusque, comme celui nécessaire pour soulever un poids considérable ; on l'a vu se produire aussi après un accès de toux quinteuse ; mais, d'autres fois aussi, la rupture s'est produite sans qu'il y ait eu d'effort exagéré à ce moment.

Un second point à signaler, c'est que dans la grande majorité des cas, pour qu'il y ait rupture, il faut aussi une lésion endocardique préalable, siégeant sur les attaches tendineuses.

Toutefois, cette condition ne paraît pas nécessaire lorsque, ce qui arrive plus rarement, la rupture succède à un traumatisme direct. C'est ainsi que Potain a vu le cas se produire chez un lutteur atteint d'une fracture de côte. M. Barié a vu la rupture se produire après une chute dans un escalier, par un coup de tête dans une lutte, par un coup de timon dans la poitrine, par la chute d'un lustre sur un ouvrier qui était occupé à le suspendre. Dans ce dernier cas, le blessé, âgé de 18 ans, examiné presque aussitôt après le traumatisme, présentait une insuffisance aortique dont il n'avait jamais jusque-là offert le moindre signe. Duroziez a rapporté un cas de ce genre survenu chez un homme pris dans un accident de chemin de fer entre deux banquettes. M. Barié a pu observer aussi immédiatement après l'accident un jockey tombé face contre terre, le thorax portant sur le sol. On constata aussitôt une insuffisance aortique qui, d'ailleurs fut bientôt reconnue à l'autopsie.

Ces ruptures peuvent donc être produites par un traumatisme très violent. Mais dans celles-ci comme dans les ruptures spontanées, ce sont surtout, dans la proportion du simple au double, les valvules sigmoïdes qui sont atteintes.

Les lésions sont variables et peuvent consister, soit dans une simple échancre, soit dans une rupture totale,

un véritable arrachement ; et en cas de rupture spontanée, on trouve les lésions d'une ancienne endocardite.

Pour la mitrale, ce n'est pas la valve elle-même, comme dans les sigmoïdes, qui est atteinte, ce sont surtout les cordages tendineux ou les muscles papillaires. Toutes les lésions peuvent d'ailleurs présenter diverses variétés qui expliquent aussi les modifications dans les signes physiques.

Un point important, dont il faut tenir compte, c'est que, alors même que la rupture traumatique a intéressé une valve absolument saine, cette lésion peut devenir une porte d'entrée pour les agents microbiens et amener une endocardite secondaire. C'est ainsi que chez un malade du service, on a vu se produire une insuffisance aortique d'abord, et par la suite une aortite chronique avec rétrécissement et peut-être même y a-t-il eu une insuffisance mitrale sous cette influence. Ces faits sont d'ailleurs conformes à ce que l'on observe expérimentalement chez les animaux.

Au point de vue clinique, la symptomatologie est celle d'une insuffisance aiguë. Le premier phénomène est la douleur subite, pongitive, angoissante, accompagnée souvent d'une sensation de déchirure profonde que les malades rapportent au cœur ou à la région préaortique, avec irradiations vers l'épaule et le cou. Puis, survient une dyspnée intense, qui peut aller jusqu'à la suffocation, et souvent une petite toux accompagnée parfois d'une expectoration sanglante. A ces signes se joignent des battements tumultueux du cœur, des palpitations violentes, des lipothymies et des syncopes, un pouls petit et irrégulier.

A l'auscultation, on constate le souffle de l'insuffisance aortique mais très intense, sonore et même musical. Pour la rupture mitrale, c'est à son foyer qu'on entend ce souffle qui est quelquefois perceptible à distance. Dans un cas cité, le claquement s'entendait dans toute la chambre.

Le diagnostic de la lésion est presque toujours facile à faire ; la difficulté est de rapporter l'insuffisance à sa cause et cela peut avoir beaucoup d'importance au point de vue des accidents du travail. Il est vrai, cependant, que l'instantanéité de la douleur, de la dyspnée, des troubles de la circulation, d'une part, et d'autre part, l'intensité du souffle sont des signes suffisants pour admettre cette cause.

Quant au pronostic, il est plus grave que celui des insuffisances ordinaires, parce que, en raison de la brusquerie de son invasion, il ne peut pas y avoir d'adaptation progressive de l'organisme. En outre, la rupture de la mitrale paraît plus grave pour l'avenir que celle qui intéresse les valves sigmoïdes. On comprend facilement du reste que le traitement soit semblable à celui des insuffisances ordinaires.



## Pratique Chirurgicale

### Les indications opératoires dans les contusions de l'abdomen

Par le Dr Albert Grugel, de Laval, ancien interne des Hôpitaux de Paris

Il est peu de question aussi délicate à trancher parfois que celle de la conduite à tenir en présence d'une contusion de l'abdomen. A l'antique doctrine de "l'expectation armée" s'est substituée celle de l'intervention précoce, lorsqu'on a quelque raison de soupçonner une lésion viscérale. Déjà au "Congrès de Chirurgie 1897," Michaux, Guinard, Desmons se montrent partisans de la laparatomie aussi hâtive que possible. Actuellement, l'accord est fait sur ce point ; mais à quels signes reconnaîtra-t-on que tel blessé doit être, ou non opéré ?

—Evidemment, la chose est souvent fort difficile.

On se souviendra (Guinard et Michaux ont insisté sur ces faits), que :

1e. La gravité des lésions viscérales n'est pas dans un rapport constant avec l'intensité du traumatisme.

2e. Les lésions viscérales graves peuvent rester un certain temps sans symptômes.

Aussi l'ancienne division en cas légers, moyens et graves n'est plus admise depuis longtemps.

En pratique, voici comment les choses se passent le plus souvent.

Un homme reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre, est renversé par une voiture dont les roues lui passent sur le corps, reçoit un coup de treuil, est tamponné entre deux wagons, etc.

Le blessé est vu à un moment variable après l'accident, et les difficultés de diagnostic sont différentes suivant le moment où le malade est vu.

Avec Brin, nous devons diviser l'évolution des accidents en trois périodes.

1e. La période initiale : le malade est en état de "shock" le plus souvent.

2e. La période pré-infectieuse : quelques heures après les accidents.

3e. La période tardive : période de péritonite confirmée.

Il est clair que cette division reste purement clinique la période dite pré-infectieuse ne signifie pas qu'il n'y ait anatomiquement aucune lésion inflammatoire ; elle indique seulement que, cliniquement, il n'existe pas encore de signes de réaction péritonéale.

1e. A la première période. — C'est-à-dire, de suite après l'accident, ou dans les instants qui suivent, on ne peut tirer aucun renseignement précis au point de vue des indications opératoires.

a) S'il est en état de shock : pâleur de la face, sueurs froides, petitesse du pouls, hypothermie ( $36^{\circ}$  à  $35^{\circ},5^{\circ}$ ) phénomènes d'angoisse, respiration faible et courte, lypothymies, soif vive, abdomen sensible, on doit commencer par chercher à faire disparaître cet état et à remonter le blessé ; mais on ne fera pas de laparotomie séance tenante. Les phénomènes de shock ne signifient rien. Chez tel blessé ils seront très marqués, alors que les lésions abdominales sont nulles ; chez tel autre, moins émotif, ils seront nuls ou à peine ébauchés, et malgré leur absence, il y aura des lésions viscérales sérieuses.

On luttera donc d'abord énergiquement contre le shock : enveloppement ouaté, boules chaudes, oxygène, huile camphrée, éther, sérum chaud, frictions des membres à l'alcool, etc.

Puis, on attendra une heure ou deux avant de prendre une décision.

b) Si les phénomènes de shock ont fait défaut, l'état général est bon : le pouls est resté bon, la température normale, le ventre non sensible, il ne faut pas se hâter de conclure à la bénignité du cas, mais revoir le blessé fréquemment, afin que si un ou plusieurs symptômes de lésion viscérale apparaissent, on puisse être prêt à agir aussitôt que possible.

— Quelque temps se sont écoulés depuis l'accident (1 heure, 2 heures) on a lutté contre le shock et alors de deux choses l'une :

1c. Ou le sujet est remonté et les phénomènes réflexes disparus, on pourra alors faire avec profit un examen local.

2c. Ou le pouls reste faible, petit, tend à disparaître, le facies angoissé et pâle, les sueurs et les vertiges persistent, il y a des syncopes ; bref, on est alors en présence de signes d'hémorragie interne ; il faut alors laparotomiser le plus tôt possible, pour tarir la source de l'hémorragie.

2c. A la deuxième période. — Le blessé est vu quelques heures après l'accident.

Le shock a disparu ou n'a pas existé. C'est alors qu'il importe au chirurgien de faire appel à son sens clinique. " C'est la période chirurgicale " par excellence ; dans les jours qui suivent, il sera le plus souvent trop tard.

Le praticien peut avoir affaire à une lésion de l'intestin, de l'estomac, une déchirure du foie, de la rate, de la vessie, du rein, des vaisseaux épiploïques ou mésentériques.

Il cherchera les signes susceptibles de lui faire songer à la lésion d'un de ces organes.

1c. La contracture permanente des muscles de l'abdomen est un des meilleurs signes, peut-être le meilleur, de lésions profondes. Le ventre est dur, tendu, en état de défense continuë : si on le palpe, on a la sensation d'une résistance presque ligneuse " ventre de bois ". Quand ce signe existe quelques heures après l'accident, qu'il est

permanent et généralisé à tout l'abdomen, il acquiert une valeur de tout premier ordre.

2c. La disparition de la matité hépatique, considérée par Guinard comme symptôme pathognomonique d'une lésion intestinale, n'a par elle-même, pas grande valeur, du moins dans les conditions où on le rencontre généralement.

Le plus souvent, il y a seulement une grande diminution de la matité hépatique ; et on conçoit aisément qu'un estomac ou un côlon très distendus puissent recouvrir la presque totalité d'un foie petit.

... Aussi faut-il se montrer très réservé dans l'interprétation de ce symptôme.

3c. L'état du pouls, par contre, fournira des indications de la première importance. Un pouls qui reste petit ou tend à diminuer progressivement d'amplitude et devient de plus en plus fréquent, indique une hémorragie interne.

4c. L'état des fosses iliaques fournit encore des renseignements utiles. S'il existe de la matité dans les fosses iliaques, c'est qu'il existe un épanchement sanguin intra-péritonéal ; partant, la laparotomie s'impose.

5c. L'anurie, et même l'oligurie indiquent une lésion intestinale, généralement, et souvent assez haut située.

6c. L'état général et le facies fourniront aussi des renseignements importants pour la détermination à prendre : si le facies reste pâle, anxieux, la voix éteinte, il y a de grandes chances pour qu'il y ait une lésion abdominale.

7c. Le météorisme ne doit pas être considéré comme signe ; lorsqu'il existe, en effet, il y a déjà un degré plus ou moins marqué de péritonite ; et partant il est déjà tard pour opérer. Toutefois, on cherchera s'il n'y a pas une légère tendance au ballonnement.

8c. Enfin on sondera le blessé, pour reconnaître l'état de la vessie.

La douleur, les vomissements, même lorsqu'ils contiennent un peu de sang, l'hémorragie intestinale et les différents procédés d'exploration physique (insufflation par le procédé de Senn, injection d'eau stérilisée) n'ont qu'une valeur tout à fait relative.

En fait, les signes qui commanderont à ce moment la laparotomie immédiate sont ceux que nous avons énumérés plus haut. L'existence d'un seul de ces signes, nettement constaté, commande, d'après Pauchet, la laparotomie immédiate.

En outre, on recherchera avec grand soin si les signes précédents sont peu nets, les anamnétiques.

On devra ainsi rechercher : 1c le moment du traumatisme par rapport aux repas, se souvenant qu'à jeun, une contusion de l'abdomen est toujours moins grave ; alors que quelques instants après le repas, elle est beaucoup plus sérieuse à tel point que, pour certains chirurgiens, toute contusion un peu violente de l'abdomen, survenant en période de digestion, commanderait par elle-même la laparotomie.

2c La direction du traumatisme et son intensité qui

pourront confirmer les données précédemment acquises.

III.— Enfin, à la période tardive :

Ici, les indications sont malheureusement trop nettes : il y a des phénomènes évidents de péritonite. Les accidents datent de deux, trois, quatre jours. La laparotomie reste encore la ressource suprême ; mais combien grave et peu satisfaisante, dans ces conditions ! On fera alors une laparotomie aussi rapide que possible, avec contre-ouvertures multiples, si c'est nécessaire et large drainage, sans lavage.

(in Journal des Praticiens).

## Thérapeutique Appliquée

### Les applications de l'argent colloïdal dans les maladies infectieuses.

*Conférence par M. le docteur Arnold Netter devant la société de l'Internat des hôpitaux de Paris*

Messieurs,

Notre président m'ayant demandé de choisir un sujet de conférence, j'ai pensé que la question de l'application de l'argent colloïdal au traitement des maladies infectieuses pourrait vous intéresser plus particulièrement, car il s'agit là d'un remède efficace, d'un maniement facile et sans danger.

Cette question nous permettra d'envisager un certain nombre de conceptions d'introduction relativement récente, aussi bien dans l'ordre scientifique que dans l'ordre expérimental, qui viennent expliquer l'action réellement curieuse de cet agent thérapeutique,

Pour ma part, j'ai choisi de préférence ce sujet, surtout ici, car dans cette même salle, il y a six ans, j'ai fait connaître à la " Société médicale des hôpitaux ", les premiers résultats que m'avait donnés l'emploi de l'argent colloïdal et j'ai eu la bonne fortune de constater qu'ils ont été confirmés par la plupart de ceux qui ont bien voulu me suivre.

Le sujet est tout à fait d'actualité. Dans mes premières recherches, j'ai employé une préparation spéciale, obtenue au moyen de la méthode chimique : le collargol. Depuis quelques années, l'introduction dans la thérapeutique d'une autre forme d'argent colloïdal obtenue par la voie électrique (forme qui, je m'empresse de le dire, ne diffère du collargol que par son mode de préparation), cette introduction, dis-je, a valu à l'emploi de l'argent colloïdal un regain de popularité, et il y a lieu de penser que le collargol et l'argent colloïdal électrique entreront d'une façon définitive et plus large encore dans la thérapeutique.

I

(Le collargol ou argent colloïdal a été introduit dans la thérapeutique en 1896, par le chirurgien saxon Benno Crédé).

Le fils du grand gynécologue de Leipzig, Crédé, nous a appris d'une façon très nette et très instructive comment il est arrivé à l'employer.

Cherchant un désinfectant efficace et non dangereux, il fut amené à s'adresser à l'argent ; ce qui le lui fit choisir, c'était la constatation des résultats merveilleux obtenus dans une Clinique américaine par Halsted, de Baltimore, au moyen de " l'application à la surface des plaies, de lames d'argent très fines ou de gaze dans la constitution de laquelle entrait de l'argent.

Tous ceux qui ont eu l'occasion de visiter le service de Halsted, et ils sont nombreux, ont constaté les résultats obtenus grâce à cette application de lames d'argent. Il paraît notamment que les greffes épidermiques réussissent d'une façon merveilleuse.

Lorsque Crédé, en 1895, visita la Clinique de Baltimore, il fut absolument converti et emporta en Allemagne la gaze d'argent.

D'autres recherches bactériologiques, sur lesquelles je reviendrai, lui démontrèrent que les propriétés de ce pansement étaient dues vraisemblablement à la présence de sels formés à la suite de l'attaque de l'argent par les microorganismes, et de là vint tout naturellement l'idée de substituer à la gaze les combinaisons chimiques de l'argent et de préférence les combinaisons organiques. C'est ainsi que, supposant qu'à la surface des plaies, il se produisait de l'acide lactique et de l'acide citrique, il introduisait le lactate d'argent, l'actol, et le citrate, dit itrol. Ces deux corps lui donnèrent de bons résultats, mais ils avaient des inconvénients.

Le premier, le lactate d'argent, dit actol, avait bien l'avantage d'être soluble dans l'eau, dans la proportion de 1 p. 15, mais il était assez caustique.

Le second, le citrate d'argent, était très bien supporté à la surface des plaies, mais il avait en revanche l'inconvénient d'être peu soluble, il l'était dans la proportion de 1 p. 3,880.

C'est alors, que par une bonne fortune remarquable, la maison qui lui fournissait ces produits eut l'idée de lui présenter un corps qui avait été obtenu en 1889 par le chimiste américain Carey Lea, et qui renfermait l'argent à l'état soluble, dit état allotropique ou colloïdal ; ce corps n'avait aucune action irritante, il porte le nom de collargol.

C'est ainsi que les maisons de produits pharmaceutiques baptisent leurs produits de divers noms plus faciles à retenir et qui les mettent plus à l'abri des contrefaçons. L'important, c'est que le collargol renferme de l'argent à l'état colloïdal dans une proportion qui, au début, était de 93 p. 100 et depuis s'est abaissée, pour des raisons que nous verrons, à 87 p. 100.

Une fois en possession de cet agent thérapeutique, Crédé l'appliquait sous les façons les plus diverses. Com-

me il est soluble, il l'employait en applications, puis en injections sous-cutanées.

Comme il est miscible aux corps gras, il l'utilisait en onguent, comme frictions ou onctions ; comme, d'autre part, il est malléable, il l'introduisait sous forme de crayons, tous ces procédés ayant chacun leurs applications diverses, et correspondant à des indications particulières.

Crédé employa d'abord cette médication dans les affections qu'il avait le plus souvent à observer, à savoir, les infections d'ordre chirurgical, et de son service, la méthode passa chez d'autres médecins, qui l'employèrent dans les maladies infectieuses d'ordre médical.

Comme premier effet résultant de l'emploi de cette médication, Crédé a indiqué une atténuation des symptômes généraux et des symptômes locaux dans les maladies infectieuses. Il mit en évidence un point qui frappe dans ce mode de traitement : c'est son action relativement rapide et les modifications quasi miraculeuses qu'il apporte dans l'état général des malades. Ces derniers se félicitent tous de la soudaineté avec laquelle disparaît la sensation de fatigue extrême, d'accablement.

Dans diverses communications, il cite un grand nombre de maladies justiciables de l'emploi du collargol.

Nous avons dit que Crédé, dans l'emploi de l'argent en thérapeutique, avait été guidé par la pratique de Halsted. Il est intéressant de remarquer— c'est un phénomène qui s'observe en toutes circonstances dans l'histoire de la médecine — que " Halsted avait été précédé dans ses applications de l'argent au traitement des maladies d'ordre chirurgical et des maladies infectieuses aussi bien par le vulgaire qui employait empiriquement ce métal que par des médecins agissant d'une façon raisonnée.

Un médecin grec, Floras, nous apprend que, dans la Macédoine, il est d'usage, depuis un temps peut-être immémorial, d'appliquer des pièces de monnaie d'argent à la surface des plaies produites par la morsure du chien et du loup. Floras, lui-même, en 1872, alors âgé de sept ans, avait été mordu par un chien sur différentes parties du corps ; sa grand-mère lava les plaies avec du vin, appliqua des pièces de 5 francs (médifiés) sur les morsures, et le résultat fut merveilleux.

Une pratique analogue, également d'ordre empirique, existe dans certaines parties de l'Italie ; un médecin suisse nous apprend qu'au cours d'un voyage, sa femme fut atteinte d'un érysipèle de la face qui ne laissait pas de l'inquiéter beaucoup. L'hôtelier lui dit qu'il se chargeait bien de la guérir, et il appliqua des liras sur cet érysipèle, qui rétrocéda d'une façon relativement rapide.

Plus curieuse, est la façon dont Marion Sims fut amené à préconiser l'usage des fils d'argent dans les sutures chirurgicales, pratique dont dérive sans doute la méthode de Halsted.

J'avais longtemps cherché cette histoire, avant de la retrouver dans l'auto-biographie de Marion Sims. Ce chirurgien américain acquit une réputation universelle

parce qu'il réussissait admirablement l'opération des fistules vésicovaginales.

Jobert de Lamballe avait bien prétendu les guérir aussi, mais il paraît que sur ce point il s'était illusionné. Donc, Marion Sims, entreprit, en 1845, la cure des fistules vésico-vaginales ; à ce moment, elles étaient fréquentes, surtout en Amérique, où les négresses n'étaient pas l'objet de beaucoup de soins au moment de l'accouchement. C'est ainsi que, s'étant consacré à la cure de cette affection, Marion Sims fut bientôt à la tête d'un petit hôpital renfermant un certain nombre de négresses. Il tenta, sans se lasser, l'opération de ces fistules, et chaque fois l'accolement immédiat était parfait, et cependant un échec était constaté. Mais Marion Sims s'obstinait, et la preuve, c'est qu'une de ces négresses avait été opérée 29 fois.

Il pratiquait ainsi ces opérations pendant quelques années consécutives, lorsqu'un beau jour de mai ou juin 1849, en sortant de son hôpital, il eut l'idée d'appliquer à la suture des fistules vésico-vaginales un fil d'argent à la place d'un fil de soie. Incontinent, il se rendit chez un bijoutier, se fit confectionner un fil d'argent de la dimension d'un fil de soie et fit la suture à l'aide de ce nouveau fil. Il choisit cette négresse qui avait été opérée 29 fois. Le résultat fut merveilleux. Le lendemain, la plaie avait une apparence parfaite, et— détail important— l'urine qui s'écoulait par la sonde à demeure, au lieu d'être fétide et de renfermer une quantité considérable de pus, comme c'était toujours le cas à la suite de ces opérations, cette urine se trouvait être absolument claire, limpide et semblable à l'eau d'une fontaine.

A partir de ce moment, Marion Sims réussit les opérations de fistules vésicovaginales à coup sûr, son petit hôpital fut rapidement évacué et sa clientèle ne se borna pas seulement aux négresses, elle fut extrêmement brillante et s'étendit à l'ancien continent.

Ces exemples me paraissent intéressants, parce qu'ils vous montrent la vérité de cet adage classique, que " tout homme à ses ancêtres ". Tout événement médical, toute introduction d'un médicament peuvent déjà se trouver en germe quand l'on étudie des faits antérieurs.

Depuis 1902, époque à laquelle j'eus recours pour la première fois au collargol, j'ai eu l'occasion d'employer ce médicament dans les circonstances les plus diverses.

Je pourrais énumérer à peu près toutes les maladies infectieuses, dans lesquelles j'emploie utilement cet agent thérapeutique.

Il m'a donné— je ne dis pas toujours, car ce n'est pas une panacée universelle mais, très fréquemment,— des résultats merveilleux. Il n'est pas mauvais, parmi les exemples que j'ai observés, de choisir ceux qui me paraissent les plus démonstratifs.

Je commence par les infections pyohémiques et septicémiques. Je vous parlerai d'abord d'une femme soignée par notre collègue Bar, qui avait été atteinte d'une infection puerpérale extrêmement grave.

Ce qui constituait la gravité aux yeux des médecins, c'était l'absence de déterminations locales, c'était encore

ce fait que les accidents infectieux avaient éclaté trois heures avant l'accouchement. Au moment où je vis cet malade, sa température était de 40°<sub>6</sub>; comme dans ces fièvres puerpérales, elle ne se plaignait pas de grand-chose. Je lui fis une injection intraveineuse de collargol et cinq heures après, la température était de 41°<sub>6</sub> mais tout en ayant cette température, la malade se trouvait bien; le lendemain, la température était normale, et la malade était définitivement guérie.

Ce qui prouve la gravité de ce cas, c'est que, lorsqu'on me présenta le nourrisson le lendemain quand la malade était guérie, il avait une teinte jaune, ne respirant presque plus, avec une température de 39°<sub>6</sub>.

Il semble que, chez ce jeune enfant, les onctions de collargol eurent un résultat merveilleux. On ne pouvait pas songer à faire une injection intra-veineuse que réclamait ardemment le père.

Je citerai ensuite l'exemple suivant: une fillette de 12 ans, à la suite d'une grippe, présentait une otite suppurée, traitée à temps par une paracentèse. En dépit de cette incision qui avait été élargie pendant les jours suivants, la malade ressentait des frissons extrêmement violents, se répétant deux fois par jour.

Le chirurgien fit tout ce qu'il était possible de faire pour lutter contre eux, il ne se contenta pas de pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde au niveau de laquelle il semble que les altérations aient été très minimes, il découvrit la jugulaire, il incisa la dure-mère, mais il n'obtint pas un grand résultat. Ces traumatismes eurent pour effet d'abattre singulièrement la petite malade et n'abattirent pas la fièvre.

Il se demanda s'il n'y avait pas lieu de faire la ligature de la jugulaire, ce qui n'aurait pas probablement empêché la progression du mal. Quoi qu'il en soit, je constatai que la malade avait une rate très augmentée de volume et qu'au niveau du poumon droit, il y avait des signes d'infarctus.

Je proposai l'emploi du collargol, je me contentai de le prescrire en frictions et lavements; le lendemain, on constatait des signes indiquant un infarctus de l'autre poumon, la température n'était pas modifiée. Je me décidai à faire pratiquer une injection intraveineuse par mon élève Salomon, et du jour même, l'enfant n'eut plus un seul frisson et me fut représentée complètement guérie quelques jours après.

Non moins intéressante est l'histoire d'un de nos collègues; elle m'intéresse doublement, parce que ce cas est un des premiers sur lesquels j'ai eu l'occasion d'employer le collargol.

Ce confrère avait été pris, à la suite d'un furoncle du nez, d'une pyohémie extrêmement grave; ce qui suffit à l'indiquer, ce sont les différentes localisations relevées dans son auto-observation, et qui ont été bien notées par mon collègue Walther: de la phlébite, de l'arthrite sacro-iliaque, de la suppuration rénale, qui nécessita une néphrotomie.

Malgré des interventions successives, l'état du malade

était toujours des plus graves, c'est alors que je fis faire à la cuisse une friction de collargol, c'était tout au début de mes recherches sur le collargol. Cinq ou six heures après, le malade ressentit un goût particulier dans la bouche, goût que ressentait au même moment la religieuse qui avait pratiqué la friction. A partir de ce moment, le malade n'eut plus cette sensation de fatigue extrême qu'il ressentait auparavant, la température s'abaissait et l'état général se relevait de plus en plus.

Chose plus curieuse encore, qui n'est pas notée dans un grand nombre d'observations mais qui montre comment diffuse le médicament, sur les pièces du pansement on constatait l'existence d'une poudre noire qui était manifestement de l'argent colloïdal déposé sur la plaie opératoire, et c'était par la voie sanguine que le collargol était arrivé au rein.

Je passe sur des cas graves "d'endocardite ulcéreuse, de pneumonies avec épanchements purulents jugulées" les 4e, 5e ou 6e jours, de méningites cérébrospinales;" je cite rapidement une application intéressante de collargol dans les cas de dysenteries graves. J'ai eu l'occasion de soigner au Havre, à Saint-Mandé et à Saint-Cloud, trois cas de dysenteries très graves, avec selles sanglantes répétées jusqu'à 50 fois dans les 24 heures avec un très grand abattement, je les ai traitées avec le collargol en lavement ou en potions.

Chez le petit malade du Havre, j'ai pu constater qu'à la suite du premier lavement, il n'avait plus eu de selles sanglantes. Il semble que le collargol en potions ou lavements soit particulièrement indiqué pour ces manifestations dysentériques et pour certaines fièvres paratyphoïdes, où il donne des résultats merveilleux.

Dans les diphtéries malignes, l'administration du collargol concurremment avec le sérum antidiphtérique est un adjuvant également très précieux; on sait que si le sérum antidiphtérique donne des résultats merveilleux dans le traitement de la plupart des diphtéries, les diphtéries graves, malignes, toxiques qui s'accompagnent de tuméfaction énorme des ganglions et d'œdème, résistent très souvent à l'emploi du sérum. On sait que ces diphtéries affirment leur malignité par l'apparition tardive de paralysies, qui parfois se limitent aux muscles du voile du palais et du pharynx, mais qui, dans un grand nombre de cas, déterminent de la paralysie cardiaque, à laquelle succombent presque fatalement les malades.

Depuis qu'à l'emploi du sérum antidiphtérique j'ai associé le collargol sous forme de frictions ou de potions, et dans les cas graves, d'injections intraveineuses qu'il convient de répéter, depuis ce moment, la mortalité a diminué dans des proportions extrêmement grandes.

Si je prends le chiffre de la statistique de l'hôpital Trousseau où je passe tous les deux ans une année au Pavillon, je constate que, pour le même groupe des diphtéries toxiques, la mortalité qui, en 1901, était de 68,9 p. 100, était tombée en 1903 à 39,1 p. 100 et l'année dernière à 25 p. 100.

Si je choisis les cas les plus graves, ceux pour lesquels il m'a paru indispensable de recourir tout de suite

aux injections intraveineuses, j'ai eu 30 p. 100 de mortalité.

Si je compare ce résultat aux anciens, il est certainement extrêmement satisfaisant.

Même dans les affections qui ne sont pas graves, l'emploi du collargol doit être préconisé, et nous avons eu maintes fois l'occasion de constater que dans les cas d'angine phlegmoneuse, d'esquinancie où les malades, sans être dans un état de gravité très grande, sont incommodés singulièrement par la fièvre, la lassitude et les douleurs, il y a un amendement s'établissant en règle générale avec une brusquerie très grande 5 ou 6 heures après l'injection du collargol.

Comment faut-il employer l'argent colloïdal ?

Différents moyens, qui ont été indiqués par Crédé, s'offrent à nous. Il a insisté sur les frictions, elles sont d'usage courant en Allemagne et offrent l'avantage d'être faites facilement et de pouvoir être pratiquées par l'entourage non médical du malade. Les frictions ont certainement une activité très grande, mais pour qu'elles agissent, il est indispensable que la friction soit précédée de rubéfaction au moyen de la brosse, de telle sorte qu'il puisse y avoir absorption, ce qui n'est pas toujours fait par les personnes qui pratiquent la friction.

Il faut commencer, comme dit Crédé, par nettoyer la peau à l'eau savonneuse, puis avec de l'alcool, puis ensuite il faut la décaper au moyen d'une friction avec une brosse à ongles, et c'est seulement sur cette peau rougie et ainsi préparée que l'on pratique la friction, qui doit durer un quart d'heure.

En agissant de cette façon, on fait pénétrer réellement une quantité suffisante d'argent colloïdal et on obtient un résultat.

Dans un grand nombre de circonstances, le collargol peut également s'employer sous forme de pilules, de potions, de lavements, et ce mode d'application, qui avait été déjà préconisé par Crédé, a été récemment recommandé par d'autres médecins, en particulier par Loehl, assistant du professeur Schlesinger, à Vienne.

C'est un mode d'administration puissant et qui ne peut faire peur à personne.

Dans les cas graves où il faut marcher vite et frapper fort, il convient d'employer un procédé plus énergique encore, d'introduire directement l'argent dans le torrent circulatoire et de faire une injection intraveineuse.

Cette pratique des injections intra-veineuses est certainement appelée à se généraliser, car lorsqu'on en a en a l'habitude, on constate qu'elle ne présente aucun danger et qu'elle offre en général peu de difficultés.

Ce furent les vétérinaires qui amenèrent Crédé à recommander ces injections veineuses ; ici, comme dans bien des circonstances, la médecine des animaux a beaucoup servi à la médecine humaine.

Les vétérinaires signalèrent les résultats qu'ils avaient obtenus dans un certain nombre de maladies réputées fatalement mortelles chez les animaux. C'est ainsi qu'une maladie mortelle des chevaux, le morbus maculosus, guérissait presque toujours sous l'influence des injec-

tions d'argent colloïdal ; c'est ainsi que la dysenterie des jeunes veaux, presque toujours fatale, était prévenue et guérie par l'emploi de ce médicament.

Il donne d'excellents résultats dans l'anasarque essentielle des chevaux entre les mains de M. Mollereau.

On appliqua à l'homme les injections qui avaient réussi entre les mains des vétérinaires, et il est hors de doute qu'en les employant, on agit plus rapidement et on obtient des résultats dans les cas qui résisteraient sans doute à l'emploi de simples frictions. Pour ces injections, j'emploie en général une solution à 2 p. 100 dont j'injecte 5 centimètres cubes, soit 10 centigrammes de collargol.

Les injections sous-cutanées ont donné de bons résultats à MM. Wavelet, Capitan, etc. Je n'y ai pas recours très volontiers, préférant les frictions dans les cas moyens, les injections intraveineuses dans les cas graves. Je signalerai encore les lavages de la plèvre dans l'empyème, les injections intrarachidiennes dans les méningites, l'introduction de tablettes de collargol dans l'abdomen à la fin des opérations à titre prophylactique (Crédé), etc.

Ces diverses applications de collargol présentent-elles des inconvénients ?

Je ne crois pas qu'elles en présentent ; on peut — et je m'en suis assuré dans la circonstance particulière — l'administrer plusieurs années à l'homme par la voie buccale sans inconvénient. Ce n'est pas dans les maladies infectieuses que j'ai fait cette constatation.

J'ai eu l'idée, il y a plusieurs années, de donner le collargol concurremment au bromure chez un certain nombre d'épileptiques.

Je pensais que le collargol préviendrait les complications du bromisme et permettrait d'employer des doses moins considérables. Cette addition me paraissait d'autant plus légitime que l'argent était employé depuis un temps immémorial dans l'épilepsie.

J'ai substitué l'argent colloïdal au nitrate d'argent, dont la réputation de causticité fait reculer le médecin. J'ai constaté que cette adjonction permet de diminuer les doses de bromure et supprimer les ennuis du bromisme. Je vois un malade depuis 4 ans dont les accès de petit mal ont été en diminuant et ont fini par disparaître par suite de l'administration de collargol, concurremment au bromure. Actuellement il est dans un état tout à fait satisfaisant, malgré un âge de 78 ans.

L'introduction par voie intraveineuse est parfois suivie d'une élévation notable de température qui pourrait inquiéter le médecin.

Pour ma part, je n'ai pas constaté qu'il y eût d'autres incidents ; du reste, si cette élévation, à la suite d'injections de collargol, est fréquente, peut-être même de règle, lorsqu'il s'agit de puerpérales chez lesquelles la température oscille avec une grande facilité, il est au contraire d'autres maladies dans lesquelles cette élévation de température manque. En particulier, dans la diphtérie où, comme je vous l'ai dit, j'ai eu l'occasion de faire fréquemment des injections et de les répéter, car

c'est un point extrêmement important de l'histoire de l'argent colloïdal ; il ne faut pas s'endormir sur un premier succès et il peut être nécessaire de répéter un certain nombre de fois ces interventions.

Pour ce qui concerne les typhiques, j'ai pratiqué ces injections dans des cas extrêmement avancés, ne voulant pas faire cette intervention systématiquement dans les fièvres banales, et elles paraissent assez mal supportées ; chez deux de ces malades, j'ai constaté des phénomènes de collapsus dont le malade est sorti, mais qui ne m'ont pas donné le désir de recourir encore à ce médicament dans ce cas particulier.

Il s'agissait de fièvres arrivées à un état extrêmement grave, et je le dis en passant : " dans les infections typhoïdes et para-typhoïdes, l'administration de collargol par voie buccale ou par lavement donne des résultats satisfaisants."

Les résultats que j'ai obtenus au moyen du collargol, l'ont été par beaucoup d'autres auteurs, et certainement l'emploi de ce médicament s'est généralisé. Dans ces dernières années, les préparations colloïdales obtenues par voie électrique ont été employées à leur tour et elles ont donné de bons résultats, que nous avons constatés personnellement.

( A suivre )

---

## Sociétés Médicales

---

### Société Médicale de Montréal

---

SEANCE DU 17 NOVEMBRE 1908

---

*Présidence du Dr. Lesage*

M. le Président, dès l'ouverture de la séance, rappelle que l'exposition de la ligue anti-tuberculeuse sera ouverte par le Gouverneur-Général, le mercredi, 24 novembre, à 4 heures du soir et engage les membres à s'y rendre en aussi grand nombre que possible. Il les invite aussi à assister à la conférence donnée par le professeur Knopf, sous les auspices de la Société Médicale, dans les salles de l'exposition, le 23 novembre prochain.

\* \* \*

M. Archibald, " Les adhérences péritonéales et leur prévention ", ayant remarqué la fréquence des adhérences qui se produisent dans le ventre à la suite des interventions chirurgicales, a entrepris, il y a quelques années, des recherches expérimentales en vue d'étudier ce problème, l'un des plus embarrasants de la chirurgie contemporaine. Ce sont les résultats de ce travail de longue haleine que M. Archibald nous communique.

Après avoir établi que l'action infectieuse, beaucoup plus que l'action mécanique, est la cause de ces adhérences, il s'est occupé de leur prévention au moyen de substances isolantes.

Ayant constaté microscopiquement la présence de microbes dans les adhérences, à la suite d'opérations menées avec la plus scrupuleuse asepsie, il croit pouvoir émettre l'opinion que ces germes ont été apportés dans le foyer adhésif par les leucocytes et qu'ils sont, par conséquent, un résultat phagocytaire.

### CONCLUSIONS

M. Archibald formule les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Lorsque les surfaces dénudées de péritoine sont petites et non infectées, elles guérissent bien ; mais si elles sont plus étendues, elles laissent des adhérences.

2<sup>e</sup> Entre toutes les substances employées au cours des expérimentations, la gélatine formalinée à 1 p.c. est celle qui a donné les meilleurs résultats.

3<sup>e</sup> Par suite des résultats obtenus chez les animaux, la méthode est certainement applicable à l'homme.

### DISCUSSION

M. Marien félicite le rapporteur de son travail élaboré avec tant de soins et si instructif pour les chirurgiens. Cette question des adhérences post-opératoires est très angoissante et M. Archibald aura bien mérité de la science et de ses collègues s'il arrive à la résoudre.

M. St-Jacques s'est trouvé aux prises avec les pires cas d'adhérences abdominales. Il se sert depuis plusieurs années de l'huile d'olives stérilisée qui a donné de bien bons résultats.

La théorie infectieuse des adhérences est bien en conformité avec l'expérience clinique ; les mains, les instruments, le matériel d'opérations, même stérilisés, peuvent apporter des germes dans les plaies et l'on sait que les laparotomies bactériologiquement aseptiques n'existent pas.

M. de Martigny rappelle combien la gélatine est de stérilisation difficile et exprime des craintes quant à la possibilité du tétanos consécutif à son emploi.

M. LeSage croit que la théorie phagocytaire de l'infection est seule capable d'expliquer les adhérences survenant à la suite des contusions abdominales et par conséquent dans des ventres qui n'ont pas été exposés au contact de l'air.

M. Archibald dans ses remarques finales, dit ne pas employer l'huile d'olives à cause de son action irritante.

Il admet la stérilisation difficile de la gélatine mais il est absolument tranquille lorsque cette dernière a subi trois stérilisations de 30 minutes, sous 35 livres de pression.

\* \* \*

M. LeSage : " Rétrécissement mitral pur et tuberculeuse pulmonaire ", à propos d'observations récentes étudie les rapports existant entre le rétrécissement mitral et la curabilité ou tout au moins l'évolution chroni-

que de la tuberculose pulmonaire et cite plusieurs observations personnelles, établissant l'influence de la lésion cardiaque sur la lésion pulmonaire.

M. Dubé ajoute quelques cas à la statistique de M. Lesage et dit partager absolument les prétentions de notre président.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1908

*Présidence de M. Lesage*

Le Dr Marien présente une très intéressante pièce anatomique ; il s'agit des membres inférieurs, bien que déformés, enlevés d'un monstre humain, âgé de plus d'un an. L'embryologie est riche de monstruosité, mais celle-ci offrait plus d'un intérêt. Ces membres inférieurs enlevés étaient "surnuméraires", fixés au bassin principal. Ils furent enlevés avec succès, et jusqu'à ce jour, l'enfant monstre continue une convalescence qui s'annonce excellente. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet.

M. Latreille, une connaissance et un habitué des réunions de la Société Médicale, donne une intéressante communication sur "l'étiologie, la pathologie et le traitement des anévrysmes de l'aorte." Absent à Paris depuis plusieurs années, M. Latreille y a fait un sérieux travail, dont témoignent d'abord une très intéressante thèse sur "les lésions des capules surrénales," — et son degré de docteur de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans cette étude sur "l'étiologie et la pathogénie des anévrysmes de l'aorte," dit le conférencier, je me propose simplement de passer en revue les principales causes invoquées par les auteurs dans la production des anévrysmes de l'aorte, et d'essayer d'en discuter la valeur. Je chercherai ensuite à démontrer que le diagnostic étiologique de ces mêmes lésions est encore plus facile à établir en clinique qu'à l'autopsie et même au laboratoire.

Dans un deuxième chapitre, j'envisagerai rapidement la structure et la pathogénie des principales formes d'anévrysmes aortiques dont je vous présenterai ici quelques spécimens provenant du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté ; et je terminerai, en manière de conclusion, par un mot de traitement médical actuel des anévrysmes de l'aorte tel que je l'ai entendu exposer, par le prof. Albert Robin dans une de ses dernières leçons de clinique thérapeutique de l'hôpital Baujon de Paris.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que la tendance actuelle est de faire rentrer tous les anévrysmes dans le cadre de la syphilis. On a même pu se demander si la question suivante ne devrait pas être posée : l'existence d'un anévrysme n'implique-t-elle pas "ipso facto" celle de la syphilis ? M. Vaquez a répondu lui-même à la question en ces termes : "Malgré nos connaissances actuelles et ma conviction personnelle relatives à la fréquence de l'étiologie syphilitique de l'anévrysme, ce serait aller bien loin que de conclure à une pareille affirmation. Il nous faudrait pour cela que l'anatomie pathologique nous ait donné une confirmation absolue de

la constance de cette relation. Or, si nous savons parfaitement que l'artérite syphilitique est celle qui conduit le plus sûrement à l'anévrysme, il est des cas bien nombreux d'artérite chronique où le diagnostic étiologique différentiel est impossible."

Le fait est que les causes de l'anévrysme sont d'une façon générale encore mal connues. Il y a bien au début de tout anévrysme une artérite, une lésion d'artérite, mais l'étiologie de cette artérite n'est pas toujours facile à déterminer. Ne sait-on pas, en effet, que presque toutes les infections aiguës et chroniques, qu'un très grand nombre d'intoxications exogènes ou endogènes sont capables de provoquer des réactions et des dégénérescences dans les tuniques des artères. La fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la fièvre puerpérale, la pneumonie, l'impaludisme, la tuberculose, et dans l'ordre des intoxications et auto-intoxications, le saturnisme, le tabagisme, l'alcool, la goutte ne sont-elles pas, parmi les plus connues, les causes les plus banales que l'on retrouve à l'origine des artérites chroniques. Du reste, il y a aussi dans l'étiologie de ces lésions des considérations d'hérédité, d'âge, de métier, de sexe, de race et de climat dont il faut sans doute tenir compte, mais qui ne nous arrêteront pas plus que les précédentes. Au contraire, quatre causes importantes, capitales, priment dans l'histoire des anévrysmes de l'aorte, et méritent de retenir plus longtemps notre attention. Ce sont : le rhumatisme polyarticulaire aigu, le paludisme, l'alcoolisme et surtout la syphilis.

Puis il étudie la statistique médicale à ces différents points de vue, relevé après le Prof. Étienne de Nancy, sept cas sur 240 d'anévrysmes attribuables directement au rhumatisme articulaire — avec Lancereaux, il indique les rapports non rares de l'anévrysme avec le paludisme ; quant à l'alcoolisme, et se basant sur les observations d'Étienne de Nancy, il le reconnaît comme le facteur le plus important après la syphilis, dans la production des anévrysmes, puisque 28 cas sur 240 y sont rattachables.

Mais tous ces divers facteurs, continue-t-il : l'alcoolisme si fréquemment invoqué, l'impaludisme auquel Lancereaux attribue un rôle prédominant, le rhumatisme articulaire, etc... peuvent être considérés comme n'ayant qu'une importance très secondaire auprès de celui qui va nous intéresser maintenant : la syphilis.

Fournier, l'un des premiers, dès 1878, déclarait que la syphilis doit assurément prendre place dans l'étiologie des anévrysmes, mais dans une proportion numérique qui reste à déterminer. Cette proportion numérique a été déterminée par Étienne de Nancy qui, dans sa statistique de 240 porteurs d'anévrysmes, chez qui il a cherché la syphilis dans les antécédents, l'a trouvée 166 fois, c'est-à-dire dans 69 p.c. des cas.

Bien plus, en réunissant les statistiques de Malinsteen, de Welst, de Frankel et de Rash, c'est-à-dire sur un ensemble de 409 cas d'anévrysmes, cet auteur a pu retrouver la syphilis dans les antécédents de près de 72 p.c. des malades.

L'action de la syphilis sur les parois artérielles est d'ailleurs acceptée depuis longtemps. La syphilis altérant les parois vasculaires peut déterminer un locus minoris résistentiel prêt à céder sous la pression sanguine et à se laisser dilater. D'autre part, Lancereaux a bien fait voir que l'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artère est plus circonscrite ; et justement, le propre de la syphilis est de déterminer des foyers d'artérite très circonscrits.

De plus, histologiquement, il est commun de rencontrer des lésions spécifiques gommeuses, amas embryonnaires avec dégénérescence centrale, parfois même cellules géantes ayant envahi indistinctement la totalité des tuniques vasculaires. Il est évident que ces lésions histologiques ne se montreront que dans les anévrysmes de nature syphilitique, dans le sens donné à ce mot par Fournier distingue les accidents de nature syphilitique caractérisés par des lésions histologiques spéciales à la syphilis, v. g., gomme, amas embryonnaires circonscrits, des accidents d'origine syphilitique ou para-syphilitiques caractérisés par des lésions histologiques communes à toutes les inflammations chroniques, v. g., sclérose, tabès.

Aussi, lorsqu'on a trouvé dans la paroi d'un anévrysme des gomme syphilitiques, la dilatation vasculaire n'est que la conséquence de cette lésion qui a affaibli le pouvoir de résistance de la paroi. C'est dans ces cas que le traitement spécifique amenant la résorption des tissus gommeux permet la guérison de l'anévrysme. Au contraire, l'anévrysme est-il ancien, parasphilitique, des lésions de sclérose se sont constituées qui n'offrent plus aucune prise au traitement.

En résumé, nous retiendrons donc que les deux facteurs étiologiques les plus importants de l'anévrysme de l'aorte sont : le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant et la syphilis chez l'adulte.

Mais j'arrive, Messieurs, à une question autrement plus intéressante, celle de savoir si le diagnostic étiologique est aussi facile en clinique qu'à l'autopsie ou au laboratoire. J'ai déjà répondu affirmativement à cette question dès le début de ce travail. Et en effet, c'est bien ici que la clinique reprend ses droits. L'âge des malades est déjà une indication, et les anévrysmes qui se développent avant 40 ans seront tenus suspects de syphilis, les antécédants héréditaires et personnels, les lésions concomitantes, le traitement d'épreuve nous mettront sur la voie, enfin, certains caractères mêmes de la maladie seront regardés comme propres à sa nature spécifique, et ces petits anévrysmes ne révélant guère leur présence à l'examen clinique que par de la douleur intense, angineuse, et de la compression du recurrent : aphonie, spasme de la glotte, sans signes physiques, ne parviendront pas à dissimuler derrière ces simples signes leur nature syphilitique et leur terrible gravité.

À l'autopsie, l'anévrysme süssigmoidien, les petits anévrysmes multiples sans aucune autre lésion, athéromateuse ou autre, de l'aorte nous feront penser à la

syphilis. Mais déjà ici le diagnostic étiologique ne sera pas aussi facile à établir qu'en clinique.

Enfin, à l'examen histologique, il est encore plus difficile de déterminer la caractéristique de l'anévrysme syphilitique, puisque les auteurs n'ont pu se mettre d'accord sur la nature des lésions primitives de l'artérite syphilitique : endartérite de Heubner, mésartérite, périartérite de Lancereaux, panartérite de Letulle.

Quoiqu'il en soit, un certain nombre d'auteurs ont signalé dans les parois des anévrysmes, la présence d'amas circonscrits de cellules embryonnaires, semblables aux gomme syphilitiques, sémis d'îlots dans la tunique moyenne, petites gomme au-dessus et au-dessous de la tumeur anévrysmale, cellules géantes. Mais à côté de ces cas rares où la syphilis a, pour ainsi dire, laissé sa signature dans les altérations artérielles de l'anévrysme, il faut bien avouer que dans l'immense majorité des cas, il n'existe pas de différence histologique appréciable entre les anévrysmes des syphilitiques et les autres.

Avec Cornil et Ranvier les anévrysmes de l'aorte, anévrysmes spontanés, anévrysmes dits artério-scléreux peuvent, au point de vue anatomique, être divisés en deux grandes classes : anévrysmes par dilatation et anévrysmes par rupture, — dont il étudie les caractères différentiels.

Des faits que je viens d'exposer, ajoute M. Latreille, il est possible, je crois, de tirer une conclusion en faveur de l'origine syphilitique de la plupart des anévrysmes de l'aorte. Si l'on se rappelle la structure et l'évolution des lésions dans l'artérite chronique et dans l'artérite syphilitique, on est frappé par un fait extrêmement intéressant.

Dans l'artérite chronique, l'athérome, usure de la vie, maladie générale, siège le plus souvent en des points multiples de l'aorte et des gros vaisseaux. Dans l'artérite syphilitique, au contraire, les lésions, à la manière des accidents tertiaires, sont localisées, circonscrites. L'anévrysme coïncide rarement avec l'athérome ; l'anévrysme évolue sur une lésion localisée, circonscrite de l'artère.

Dans l'aortite chronique, l'athérome, les lésions débutent dans la couche profonde de l'endartère et envahissent l'endartère en surface ; et je me souviendrai toujours des enseignements précieux de mon maître M. Brault qui avait l'habitude, aux autopsies, de décoller facilement l'adventice des aortes athéromateuses pour me montrer l'intégrité de cette tunique externe dans ces cas, et par conséquent, l'insuffisance de preuves apportées par les auteurs qui ont prétendu que l'athérome survenait à la suite de l'artério-sclérose des vaso-vasorum. Or, dans l'artérite syphilitique, rien de tel, à la manière encore des accidents tertiaires, les lésions spécifiques au lieu de s'étaler en surface, frappent en profondeur ; aucun tissu, aucun système, aucun organe n'est épargné, et c'est bien ce que l'on rencontre dans l'histoire de l'anévrysme. L'infiltration embryonnaire gagne les trois tuniques vasculaires. La tunique moyenne cède, mais le processus pathologique continuant par évolution, les deux autres tu-

niques infiltrées d'éléments embryonnaires puis sclérosées se soudent ensemble, se confondent avec les tissus voisins et se dilatent.

La dilatation du sac n'est pas seulement mécanique, et ne se fait pas seulement sous l'influence de la pression intérieure ; puisque le parois en se dilatant au lieu de s'amincir s'épaississent le plus souvent. Bien plus, le processus pathologique poursuivant toujours son évolution, les organes voisins, la trachée, l'œsophage, le sternum, le rachis seront envahis, contaminés ; et j'ai, ici, une preuve clinique, un exemple que je considère comme démonstratif de cet envahissement d'un organe voisin par propagation du germe morbide vraisemblablement à l'origine de la lésion anévrysmale. C'est une ulcération à bords nettement arrondis et infiltrés, siégeant à la face interne de la paroi antérieure de l'œsophage, immédiatement en contact avec un sac anévrysmal rompu à la limite inférieure de cette ulcération. Je n'insiste pas plus longtemps, Messieurs, sur ces conclusions qui devront être contrôlés ultérieurement par la recherche dans les coupes du trépanème de Schaudim.

Je terminerai par un mot du "traitement médical actuel des anévrysmes de l'aorte", en résumant, sous la forme d'une ordonnance, une leçon de clinique thérapeutique du professeur Albert Robin de Paris, datant de mai 1908.

R. 1e Régime lacto-végétarien, deux litres de lait par jour.

2e Repos absolu au lit.

3e En cas de syphilis :

Biiodure Hg ... .. 0 gr. 20 centigr.

Iodure de potassium... .. 20 grammes

Eau distillée ... .. 20 grammes

KSirop pensées sauvages ... 100 grammes

Sirop simple ... .. 200 grammes

Une cuillerée à soupe deux fois par jour.

4e S'il n'y a pas de syphilis :

Iodure potassium ... .. 10 grammes

Coloral..... .. 4 grammes

Ext. thébaïque ..... 40 centigr.

Eau distillée... .. 300 grammes

Deux cuillerées à soupe par jour.

5e Tous les huit jours, injections de sérum gélatiné à 2 pour cent (stérilisé à l'autoclave à 115°). Injecter d'abord 40 c.c., puis, 80 et 100, jusqu'à concurrence de 40 injections.

6e Contre la douleur : contention de la poche anévrysmale par une épaisse couche d'ouate, et enfin, morphine.

7e Contre la dyspnée : ventouses sacrifiées.

8e Contre l'hypertension :

Solution alcoolique de trinitrine au centième. XXX gout.

Eau distillée..... .. 300 c. c.

Deux cuillerées à soupe par jour.

9e Contre les hémoptysies :

Chlorure Calcium ..... 4 grammes

Sirop opium... .. 30 —

Eau distillée ..... 120 —

A prendre dans les 24 heures.

\*\*\*

Cette étude sur l'anévrysme est l'un des plus intéressants travaux présentés à la Société. Le côté anatomopathologique y est admirablement exposé et montre une fois encore la nécessité de profondes connaissances histologiques à qui veut comprendre sa pathologie et posséder une thérapeutique raisonnée.

\*\*\*

Puis suivirent les rapports du trésorier et du secrétaire de la Société.

M. le Président,

Messieurs,

La " Société Médicale de Montréal ", grâce au zèle de ses membres, a vu se continuer en 1908 l'ère de progrès, dans laquelle elle s'était engagée ces années dernières et qui permet d'espérer beaucoup de son efficacité dans l'avenir.

Elle a tenu 16 séances avec une assistance moyenne de 28 membres.

Tandis qu'en 1907, vingt-neuf communications avaient été faites à la Société ; 43 sujets divers ont occupé les séances de 1908. Ils se repartissent comme suit :

Huit malades ont été présentés :

Par M. MARIEN :

1e Conjonctivite à tissus multiples.

2e Monstre double vivant (autositaire et parasitaire).

Par M. ST-JACQUES :

1e Volumineuse tumeur du cou.

2e Un cas d'ichtyose.

Par M. BOULET :

Mélano-sarcome récidivant de la conjonctive.

Par M. O. F. MERCIER :

Un cas de néoplasme de l'estomac traité par lapylorctomie.

Par M. LASNIER :

1e Epithélioma de la face guéri par la radiothérapie.

2e Nœvus de la figure guéri par les rayons X.

Quatorze pièces anatomiques ont soulevé des discussions intéressantes :

Par M. MARIEN :

1e Volumineuse vésicule biliaire kystique et calculeuse.

2e Sarco-épithéliôme de l'ovaire.

3e Obstruction des voies biliaires par lithiase hépatique et vésiculaire.

4e Pièces parasitaires enlevées à un enfant vivant, présenté à la société.

Par M. ST-JACQUES :

1e Rupture complète du rein.

2e Hydronéphrose aiguë par tumeur rénale.

3e Grossesse tubaire rupturée.

Par M. de MARTIGNY :

1e Un utérus fibromateux avec chou-fleur du col.

2e Kyste papillaire de l'ovaire.

3e Un fœtus anencéphale.

4e Tumeur végétante de l'ovaire.

Par M. O. F. MERCIER :

Volumineux sarcome du rein.

Par M. LEBEL :

Tumeur bulbo-protubérantielle.

Par M. LATREILLE :

Anévrisme de l'aorte ouvert dans l'œsophage.

Vingt-et-un mémoires et rapports ont été lus sur des sujets divers :

Par M. VALIN :

1e Régimes diététiques généraux.

2e Régimes des fiévreux et des convalescents.

3e Régimes alimentaires chez les dyspeptiques.

Par M. ROY :

1e Autoplastie de la face pour un épithélioma des paupières.

2e Fibrôme calcifiant de l'orbite.

Par M. L. PARISEAU :

Le sommeil électrique.

Par M. LESAGÉ :

1e L'Ophthalmo-réaction au point de vue médico-légal.

2e Rétrécissement mitral pur et tuberculose pulmonaire.

Par M. LAGNIER :

Epithélioma de la face et radiothérapie.

Par M. RHEAUME :

Un cas d'entéro-anastomose.

Par M. BIENOT :

Un cas d'hémorragie cérébrale.

Par M. BOURGOIN :

1e Vomissements nerveux et boulimie.

2e La ponction lombaire, sa technique, ses indications.

Par M. ST-JACQUES :

Kyste et dégénérescence polykystique du rein.

Le congrès de Washington.

Par M. HINGSTON :

Cancer de l'utérus.

Par M. le professeur FOUCHER :

Un cas de gliôme intra-dural du nerf optique.

Par M. de COTRET :

Grossesse triple diagnostiquée un mois avant l'accouchement.

Par M. ARCHIBALD :

Les adhérences intestinales. (Recherches expérimentales sur leurs causes et sur les moyens de les prévenir.)

Par M. LATREILLE :

Étiologie et pathogénie des anévrismes de l'aorte.

Fidèle à ses traditions, la société a continué de lutter le bon combat : les questions d'hygiène publique et d'intérêts professionnels ont toujours figuré en tête de ses travaux. C'est ainsi qu' pour compléter l'admirable travail accompli par la " commission du bon lait " nommée en 1907, et pour en assurer les bons résultats, le rapport de cette commission a été imprimé à un millier d'exemplaires dont des centaines ont déjà été distribués

aux autorités fédérales, provinciales, municipales, scolaires, etc.

De plus, une délégation composée de MM. LeSage, Marien, Masson, Dagenais a été envoyée à Québec pour appuyer une demande du bureau d'hygiène, au gouvernement provincial, à l'effet de nommer des inspecteurs de lait. Nos délégués sont revenus avec les meilleures espérances quant aux résultats de leur mission !

Le mois dernier, la " ligue pour la prévention de la " Société Médicale " et à l'influence qu'elle exerce dans les milieux canadien-français, en lui demandant de prendre sous ses auspices une des plus importantes conférences qui ont été données durant son exposition de " l'Auditorium ". M. LeSage qui présidait en cette circonstance expliqua que la vulgarisation de l'hygiène, poursuivie par la ligue faisait partie du programme de la Société et dit combien celle-ci était heureuse de collaborer à la réalisation d'un but aussi élevé.

#### COMMISSIONS

La société a nommé cinq commissions spéciales chargées d'étudier des sujets importants :

LE 18 FEVRIER 1908 :

Commission pour s'enquérir du mode d'admission des malades pauvres dans les hôpitaux et les dispensaires, et du meilleur moyen de prévenir le traitement gratuit des malades, susceptibles de payer des honoraires à leur médecin.

COMMISSAIRES : MM. Boulet, Rhéaume, Décarie, Ethier et Hébert.

LE 18 FEVRIER 1908 :

Commission pour étudier un code de déontologie dans le but de régler les rapports professionnels qui doivent exister entre le médecin de famille et le chirurgien ou le spécialiste consultant, etc.

COMMISSAIRES : MM. Marien, O. F. Mercier, Boucher, Boulet et St-Jacques.

LE 17 MARS 1908 :

Commission pour étudier le fonctionnement actuel de l'inspection médicale des écoles et des modifications que l'on fait actuellement subir à ce service de l'hygiène municipale et spécialement sur la présence et les fonctions des garde-malades dans ce service.

COMMISSAIRES : MM. Boucher, Bourgoin, Gagnon, Boulet et Laberge.

LE 23 AVRIL 1908 :

Commission chargée de rédiger certaines formules hygiéniques ayant rapport à des pratiques journalières de l'enfance.

COMMISSAIRES : MM. Guérin, Bruneau, Benoît, St-Jacques, Verner.

LE 21 OCTOBRE 1908 :

Commission pour étudier le projet de loi répondant à l'acte médical par rapport aux règlements qui devront être faits.

COMMISSAIRES : MM. Valin, Dérome, Marien, St-Jacques et Cléroux.

Nous avons le regret de constater que, de ce côté, le

travail n'a pas été plus généreux que celui des commissions nommées en 1907 et que, sous ce rapport, l'œuvre de la Société est restée "statu quo".

Une seule commission a fait rapport et nous avons le devoir d'adresser les remerciements de la Société à la commission formée le 23 avril 1908. Le rapport de MM. Guérin, Bruneau, Benoit, St-Jacques et Verner, adopté par la "Société Médicale", a été accepté par la commission scolaire et il est maintenant imprimé dans les cahiers et les livres de ce corps publique.

Nous osons espérer que des raisons sérieuses ont retardé le travail des autres commissions et que bientôt, lorsqu'elles seront reformées, ces dernières seront en mesure de nous soumettre leurs conclusions.

#### NOUVEAUX MEMBRES :

L'œuvre de la Société et l'intérêt de ses séances lui attirent chaque jour de nouvelles sympathies et de nouvelles adhésions parmi les travailleurs de notre profession. Cette année 12 nouveaux membres sont venus grossir nos rangs et porter le nombre des sociétaires à 136. Ce sont MM. A. Tétrault, R. Dumont, W. Dérome, M. Lefebvre, H. Gervais, R. Hébert, F. A. Fleury, J. B. Prince, E. Latreille, Geo. Martin, A. St-Pierre et A. Mireault.

Nous faisons des vœux pour que le recrutement se fasse encore plus activement et pour que les 5 ou 600 médecins de Montréal fournissent un contingent plus considérable à la "Société Médicale" de Montréal.

Il n'y a pas, à notre sens, de mode de recrutement plus effectif que l'intérêt que l'on pourra donner aux séances, par le nombre et la valeur des communications et par la variété des sujets étudiés, et nous profitons de l'occasion pour faire un appel pressant à tous et à chacun des membres. Il est parmi nous des représentants de toutes les spécialités et de toutes les branches de la médecine ; il semble que ce serait donner de l'efficacité à nos travaux que d'inscrire, au programme d'une même séance, des sujets appartenant à la chirurgie, à la médecine aux spécialités, et susceptibles d'attirer chacun un petit nombre d'auditeurs.

On nous a souvent avoué que les séances laissaient indifférents un bon nombre de collègues, à cause que les communications d'ordre chirurgical y prennent trop de place. La remarque est juste mais le remède est très facile ! Que nos collègues médecins prennent, sur le programme, la part qui leur appartient, et MM. les chirurgiens seront bien forcés de la leur abandonner.

Quant à nous, nous avons toujours orienté nos efforts dans ce sens mais nous nous sommes trouvés dans la nécessité bi-mensuelle de remplir des "ordres du jour", et nous avouons que parfois nous avons été forcés de combler des vides en faisant appel à MM. les chirurgiens.

Quoiqu'il en soit de ces remarques, nous devons à la justice de rendre hommage au zèle déployé d'une façon générale et d'adresser à tous nos plus sincères remerciements pour leur travail d'hier, et d'exprimer les espérances que nous fondons sur les collaborations de demain.

#### RAPPORTS AVEC LES SOCIÉTÉS SOEURS.

La société a continué d'entretenir les meilleures relations avec les sociétés sœurs du pays et de l'étranger. C'est ainsi que, pour répondre aux courtoises invitations, elle s'est fait représenter au 4e congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Québec en juillet,— au congrès de l'Association américaine de laryngologie, tenu à Montréal,— et au congrès international de la tuberculose, tenu à Washington. Nous avons le plaisir de vous dire, qu'en ces occasions, nos représentants ont été traités avec tous les égards possibles.

Enfin, Messieurs, un heureux événement est venu réjouir le cœur des membres de la Société et a fait rejailir, sur celle-ci, un éclat inaccoutumé.

En septembre dernier la Société avait l'honneur de recevoir, comme ses hôtes, le doyen de la faculté de médecine de Paris, accompagné de plusieurs maîtres, dont le professeur Arlan, de Lyon, et d'une nombreuse phalange de confrères français ; à cette occasion elle a donné une fête dont le succès lui fait honneur. Ces visiteurs ont laissé Montréal, sous le charme de sentiments sincères, et ont conservé, de la Société Médicale, le meilleur souvenir.

L'élection de décembre a apporté quelques changements dans le bureau, pour l'année 1909.

M. le président LeSage— dont le terme d'office finit le 31 décembre— a été remplacé par M. le vice-président Parizeau, M. St-Jacques étant appelé à la Vice-présidence.

M. L. Verner, dans l'office de secrétaire adjoint, succède à M. Dion, à qui ses occupations ne permettent pas d'occuper ce poste pour l'année prochaine.

A ceux qui s'en vont, nous offrons le témoignage ému de notre reconnaissance pour l'aide et les conseils qu'ils nous ont donnés.

Que M. LeSage veuille bien accepter nos remerciements pour la courtoisie avec laquelle il nous a toujours traité, et pour l'expérience éclairée qu'il a généreusement mise à notre disposition, et qui nous a rendu si facile notre collaboration à l'œuvre de la Société.

Nous prions M. Dion de croire que nous garderons de son passage au secrétariat, le meilleur souvenir, et nous lui exprimons tous les regrets que nous éprouvons de son départ.

A MM. Parizeau, St-Jacques et Verner, nous sommes heureux de souhaiter la plus cordiale bienvenue. Nous croyons que la sage direction que M. le président saura continuer aux affaires de la Société, la conduira toujours vers le progrès et le succès.

Quant à nous qui restons, Messieurs, l'honneur que vous nous faites d'une réélection au secrétariat, nous oblige à beaucoup de reconnaissance et de gratitude. Nous croyons que le meilleur gage que nous vous en puissions donner, sera de nous consacrer, plus activement encore, à l'œuvre que vous ambitionnez tous, à savoir, le succès de la "Société Médicale de Montréal."

B. G. BOURGEOIS,  
Secrétaire.

M. LeSage, avant de quitter son fauteuil présidentiel, remercia les membres de la Société, de leur encouragement et les officiers de leur effectif concours. Il fit une revue des travaux de l'année et trouva des paroles appropriées pour stimuler le zèle des travailleurs et encourager les timides.

M. LeSage, continuera, nous n'en doutons pas, son précieux concours à la Société, qui encore à l'avenir en sera en besoin.

La Société Médicale de Montréal termine donc l'année satisfaite de son œuvre, mais ambitionnant pour l'avenir des succès meilleurs encore. "semper altius!"

## Progrès des Sciences

### Traitement des brûlures par la pommade au protargol

Le protargol excite la régénération épithéliale à un haut degré. Au moyen de la pommade au protargol, on peut arriver à obtenir l'épidermisation de vastes surfaces ulcérées. Sous ce rapport, ce sel d'argent se distingue du nitrate qui agit davantage sur la prolifération du tissu conjonctif.

C'est surtout dans les cas de brûlures au deuxième degré que le protargol est efficace.

Muller recommande, pour la confection de la pommade, la formule suivante :

Protargol.....	3 grammes.
Faire dissoudre dans :	
Eau distillée.....	5 grammes.
Ajouter :	
Lanoline anhydre.....	12 grammes.
Mêler et ajouter :	
Vaseline jaune.....	10 grammes.
Usage externe :	

Cette pommade brunit légèrement avec le temps, sans perdre de son efficacité.

### L'angine gouteuse ou la goutte du pharynx

M. le Dr Cauzard étudie dans la "Revue des Maladies de la nutrition (N° 6)", la question souvent discutée de la goutte du pharynx et, après avoir rappelé un certain nombre des observations de ce genre rapportées antérieurement, ainsi que les opinions des divers auteurs sur ce sujet, en donne la description suivante :

L'angine gouteuse est le plus souvent provoquée par une cause occasionnelle et déterminante, ce sera un refroidissement, un écart de régime, un peu de surmenage ou de fatigue physique.

Elle commence par une gêne de la gorge, qui devient bientôt une douleur insupportable, intense, avec élancements, qui empêche toute déglutition ou la rend des plus pénibles. D'autre part, les lésions ne sont pas en rapport avec ce cortège de douleurs ; il existe une inflam-

mation plus ou moins diffuse au début de l'une ou des deux loges amygdaliennes et du voile du palais. La paroi postérieure est le plus souvent prise, elle est difficile à voir et apparaît sèche, rouge, vernissée, il se produit bientôt une infiltration, un œdème rouge foncé qui envahit le bord postérieur du voile, les piliers et la luette ; les amygdales sont elles-mêmes turgescents, l'une des deux déborde la ligne médiane le plus souvent, tandis que le pilier antérieur de ce même côté est étalé, repoussé en avant. Il semble que l'on est en présence d'un abcès de l'amygdale au début.

La dysphagie n'est pas toujours le seul symptôme fonctionnel de cette panpharyngite, souvent la voix est nasonnée les liquides alimentaires refluent par le nez ; — assez souvent l'inflammation descend vers le larynx et détermine de la gêne respiratoire avec angoisse ; quelquefois la dyspnée est assez intense pour en imposer à ce point de faire croire à la nécessité d'une trachéotomie.

Si l'ouverture de la bouche est un peu douloureuse, il n'y a pas de trismus et l'on n'observe pas plus d'enduit pultacé ou de pus dans la gorge que d'adénite dans la région maxillo-pharyngienne. La fièvre ne dépasse pas 39° et se maintient plutôt au-dessous de 38°5 ; cette fièvre gouteuse manifeste la réaction de l'organisme qui s'accompagne de malaise, de courbature, d'un état saburral des voies digestives ; les urines sont épaisses, chargées en urates et très colorées.

Survenue brusquement, cette angine, que M. Cauzard dénomme panpharyngite, car le plus souvent tout le pharynx est pris, pharynx supérieur ou nasopharynx, pharynx buccal, pharynx inférieur ou laryngopharynx, présente ce caractère de disparaître à peu près aussi vite, sans qu'il y ait jamais eu de pus ou de sang dans la gorge, mais il est une autre coïncidence tout à fait particulière, c'est la métastase dans une articulation et le plus souvent au gros orteil de la congestion gouteuse.

Et c'est grâce à cette localisation secondaire que, la plupart du temps, le diagnostic a pu être posé.

Aussi le diagnostic en l'espèce est-il difficile.

L'angine herpétique rapide, brusque, douloureuse, s'en distingue par ses vésicules qui ne tardent pas à disparaître, par son adénite maxillaire constante et par sa fièvre qui atteint et dépasse 39 degrés.

Le phlegmon de l'amygdale est plus difficile à distinguer de l'angine gouteuse, si les lésions sont plus accentuées d'un seul côté ; mais, c'est surtout l'évolution qui permettra de faire le diagnostic différentiel.

Pour ce qui est du traitement, c'est le colchique et ses diverses préparations qui soulagent le mieux le malade. On y joindra des gargarismes ou mieux des lavages avec des solutions chaudes de salicylate de soude. Puis on prescrira la thérapeutique générale de la goutte.

