

MONTREAL-MEDICAL

VOL. IV

15 NOVEMBRE 1904

No 9

LA REPARATION IMMEDIATE DES RUPTURES DU PERINEE. — UNE NOUVELLE METHODE DE PLACER LES FILS AVANT LA LESION.

PAR M. LE DOCTEUR A. LAPHORN SMITH, B.A. M.D. M.R.C.S.,
ANGLETERRE.

*Professeur de Gynécologie dans l'Université de Vermont
et professeur de Gynécologie clinique dans l'Uni-
versité de Bishop, à Montréal; chirurgien en
chef de l'hôpital Samaritan pour les
femmes; gynécologue à l'hôpital West-
ern General, et au Dispensaire de
Montréal; gynécologue consul-
tant à l'hôpital des femmes
pour les accouchements;
membre honoraire de la Société des Gynécologues
Italiens; membre de la Société Britannique et
de la Société Américaine des Gynécologues.*

L'importance de fermer même les petites déchirures du vagin et du périnée n'a pas été jusqu'à présent suffisamment reconnue par la profession en général. D'année en année, nous comprenons de plus en plus que les morts, pendant le puerperium, sont dues à une variété de causes, et nous voyons qu'à mesure que nous éliminons ces causes la mortalité de l'accouchement diminue.

L'infection reste encore le plus grand danger et nous avons encore beaucoup à faire avant que tous les accoucheurs réalisent l'importance de faire le plus petit nombre possible

d'examens vaginaux, et même de faire ceux-ci aussi aseptiques que possible. Mais puisqu'en pratique il est impossible d'arriver à la perfection sous ce rapport, nous devons tourner notre attention aux voies d'infection pour voir si nous ne pourrions pas les diminuer en fermant immédiatement toutes déchirures afin de ne laisser exposée aucune surface en connection directe avec les lymphatiques. Il y avait un temps où on croyait que l'infection puerpérale entraient seulement par l'utérus et les tubes, ou par le site du placenta; mais depuis que nous avons ouvert l'abdomen si souvent pour la septicémie puerpérale, nous avons appris que l'infection entre dans le sang très souvent par les lymphatiques qui reçoivent le lympho du périnée vagin et cervix. Dans presque tous les cas où j'ai ouvert le ventre pour la septicémie puerpérale, j'ai remarqué que la chaîne de lymphatiques qui coure le long de l'utérus était pleine de pus. Plus d'une fois j'ai vu la température baisser bientôt après le lavage de l'utérus et un pansement du vagin avec de la gaze stérilisée, afin d'arrêter l'absorption du pus.

Quant à la suture immédiate des déchirures du col, je suis en faveur, et je suis content de dire qu'il y a au moins une maternité où c'est la règle, et avec grand succès. Quant aux déchirures du vagin, elles doivent être cousues par une suture courante de catgut fin chromacée. Vu la facilité avec laquelle le cervix peut être tiré en bas, en avant ou en arrière par le tire-balle et vu la grande distensibilité de la vulve, surtout quand le périnée est déchiré, c'est facile de voir ces déchirures du vagin et de les réparer. Avant de coudre le périnée, le champ d'opération peut être tenu net par un courant d'eau stérilisée, ou l'utérus peut être pacté temporairement avec de la gaze stérilisée. Pour la même raison, c'est-à-dire pour éviter l'absorption septique, il est important de fermer même des petites déchirures du périnée. Depuis quinze ans, j'ai coutume de mettre une ou deux sutures dans tous les cas où il y a une petite déchirure même d'un demi-pouce de la fourchette, avec le résultat que mes accouchées ont échappé à la petite élévation de température le troisième jour, qu'on a coutume d'attribuer au lait, mais que je soupçonne fortement être dû à une légère absorption septique par ces petites lacérations. Je suis certain que les femmes qui ont eu cette petite précaution ont fait des convalescences meilleures que celles qui ne l'ont

pas eue. Dans les cas de déchirures très considérables du périnée, qui s'étendent à travers le sphincter, la question de perte de fonction des muscles du périnée et du fascia pelvien est encore plus importante; Emmet a si bien décrit les résultats déplorables de cet accident qu'il n'y a pas besoin d'en dire plus long. La nature, il est vrai, essaie de guérir ces blessures, mais elle est incapable de le faire seule au moyen de granulations et des tissus cicatriciels qui se contractent plus tard et compriment les nerfs, ce qui, dans une région si pleine de nerfs, donne lieu à beaucoup de phénomènes réflexes. J'ai opéré une fois la femme d'un médecin qui avait été prisonnière dans sa chambre pendant vingt ans à cause de déchirure du périnée et perte de contrôle des intestins. Le malheur de sa femme a été la cause du naufrage de la vie de son confrère.

J'avoue que la réparation immédiate du col et du périnée chez les pauvres gens où la lumière et les assistants sont défectueux est très difficile. Il serait mieux de chercher un expert dans l'ouvrage plastique qui pourrait avec l'aide d'un garde-malade et du médecin de famille, rapidement coudre toutes les lésions. Mais dans les cas où c'est impossible d'avoir un spécialiste, le médecin de famille lui-même, s'il est pourvu de catgut et d'aiguilles stérilisées et de quelques fils de Florence, d'un bon porte-aiguille, et surtout d'une grande aiguille du périnée, peut obtenir des bons résultats. La plus grande difficulté consiste à trouver les bouts du releveur de l'anus et du fascia pelvien, lesquels se rétractent aussitôt qu'ils sont déchirés, car c'est inutile de coudre la peau sans amener ensemble les muscles séparés. Cette difficulté peut être vaincue cependant par une méthode très simple que j'ai inventée.

Avant que la tête de l'enfant descende sur le périnée, la malade est anesthésiée et elle est amenée à travers le lit, avec les genoux tenus par un drap de lit ou un instrument pour tenir les jambes. Alors le périnée est stérilisé avec une brosse et du savon, et, ensuite, avec du bichlorure de mercure. Puis on prend la grande aiguille à manche dans la main droite et avec le doigt et le pouce dans le vagin et le rectum pour sentir si l'aiguille n'y entre pas, on l'introduit à la base de la petite lèvre du côté gauche de la malade, et on le fait passer rapidement en dessous le vagin, et à peu près deux pouces et demi

en haut de la fourchette, faisant sortir la pointe au bas de la petite lèvre droite. Sans sortir le doigt du rectum, on file un crin de Florence dans l'œil de l'aiguille, près de la pointe, et on retire l'aiguille avec le crin. Les deux bouts du crin pendent légèrement dans le mord d'une pince. Un second fil est introduit de la même manière, mais un pouce plus bas. On prend grand soin de prendre les muscles du périnée avec cette pointe. On peut généralement dire d'avance, par la rigidité du périnée, si la déchirure doit être grande ou non; dans le premier cas, on passe un troisième fil qui passera à travers le sphincter à un quart de pouce à peu près de chaque côté de la ligne médiane. L'accouchement peut alors continuer naturellement ou à l'aide des instruments si ces derniers sont indiqués, mais aussitôt que le placenta est délivré, le périnée doit être inspecté par une bonne lumière et sous un bon courant d'eau chaude stérilisée, tous les caillots étant enlevés par le doigt; les fils sont alors attachés de haut en bas et alors nous trouverons qu'il y a coaptation absolue des parties déchirées.

Nous avons parlé de la lumière dans la chambre d'accouchement surtout des pauvres, nous devons nous arranger d'avance pour avoir une bonne lumière pour deux raisons: premièrement, afin de voir combien les plaies sont infectées, et deuxièmement, pour bien voir ce que nous faisons. Règle générale, une chambre noire est une chambre sale et mal ventilée. Dans le jour, arrangez la malade devant un châssis bien éclairé et si l'accouchement a lieu la nuit, arrangez d'avance de bonnes lampes pour bien éclairer le périnée. Quand nous entendons des médecins dire qu'ils n'ont jamais vu une déchirure du périnée, nous pouvons les croire, parce qu'ils ont toujours fait leurs accouchements dans des chambres noires.

La présence des fils de silkwormgut, placés comme j'ai dit avant que la tête passe le périnée, et les bouts retenus par les pinces Péan, n'empêchent pas la terminaison de l'accouchement d'aucune manière; pas même si les forceps sont requis. Si, en retardant les tranchées et en gardant la tête bien en avant, on peut éviter une déchirure du périnée, les fils que nous avons posés ne feront aucun dommage. Nous n'avons qu'à les retirer. Au contraire, si le périnée a été déchiré plus ou moins c'est un grand avantage d'avoir les fils posés d'avance exactement dans la bonne place et comprenant les muscles séparés

qui, autrement, auraient échappé aux sutures. Bien des fois j'ai été obligé de refaire des opérations primaires à cause que la peau seulement avait été cousue.

En conclusion, je recommanderai fortement à tout accoucheur d'avoir dans son sac obstétrical une bouteille de catgut, des crins de Florence et des aiguilles dans l'alcool, aussi bien qu'un porte-aiguille et une aiguille, pour le périnée, sur manche.

Placer les sutures du périnée dans les cas où l'on s'attend à une déchirure est une assurance ou une once de prévention qui vaut mieux qu'une livre de guérison. !

PATHOGENIE DE L'ATHEROME ARTERIEL.

PAR M. LE PROFESSEUR JOSUÉ.

L'injection répétée de petites quantités d'adrénaline dans les veines du lapin détermine des lésions athéromateuses des artères. L'examen histologique des capsules surrénales de trois athéromateux a permis à l'auteur de constater dans ces cas des indices manifestes de suractivité de ces glandes. Tous ces faits sont en faveur de l'origine surrénale de l'athérome artériel qui serait dû à la suractivité des capsules surrénales qui déverseraient une trop grande quantité d'adrénaline dans le sang.

Comment ces faits nouveaux se concilient-ils avec les théories anciennes ?

1° Contrairement à l'opinion classique, l'athérome et l'artério-sclérose doivent être séparés; jamais les animaux atteints d'athérome expérimental n'ont présenté d'artério-sclérose; 2° il n'y avait pas de lésions des vasa vasorum au niveau des plaques d'athérome, ce qui est contraire à la théorie d'Hippolyte Martin; 3° les intoxications et les infections peuvent produire l'athérome; elles agissent d'une façon indirecte en provoquant d'abord la suractivité des capsules surrénales qui, sécrétant trop d'adrénaline, déterminent une auto-intoxication qui tient elle-même sous sa dépendance l'hypertension artérielle et l'athérome.

L'hypertension suffit-elle à produire l'athérome, comme le prétendent certains auteurs? Est-ce grâce à son action hypertensive que l'adrénaline détermine l'athérome? Ou bien l'adrénaline possède-t-elle, outre des propriétés vaso-constrictives et

hypertensives, une sorte de nocivité spécifique tendant à faire l'athérome artériel? Telle est la question que l'auteur a cherché à résoudre en faisant, chez des lapins, des injections intra-veineuses répétées pendant très longtemps d'une substance très hypertensive, la nicotine.

Les animaux ainsi traités n'ont pas présenté de lésions athéromateuses; il semble donc que l'adrénaline exerce une action spécifique sur la paroi des artères.

L'expérimentation et anatomie pathologique, tout concorde pour démontrer l'origine surrénale de l'athérome artériel.

LES DOSES CONSIDEREES EN TANT QUE FACTEUR VARIABLE EN THERAPEUTIQUE

La différence d'action thérapeutique d'un médicament, suivant la dose à laquelle il est administré, n'a jamais fait l'objet d'études approfondies et les traités spéciaux de matière médicale et de thérapeutique ne s'en occupent que trop légèrement. La question est cependant de celles qui méritent qu'on y attache une attention toute particulière et certainement des observations très précises nous fourniraient l'explication de bien des échecs et de bien des guérisons inattendues.

Hippocrate conseillait pour guérir la folie " une potion faite avec de la racine de mandragore en quantité bien plus petite qu'il n'en faut pour déranger un cerveau ".

Hahnemann ayant, lui aussi, observé çà et là que beaucoup de drogues changeaient complètement leur action quand elles étaient administrées à petites doses, en conclut la théorie erronée, improprement appelée loi, du *similia similibus curantur*.

L'expérience çà et là nous démontre que l'augmentation de la dose d'un médicament donné n'est presque jamais en rapport avec l'augmentation correspondante de l'effet de ce médicament.

Ainsi, avec une dose de 30 à 60 centigrammes de calomel on obtient un effet purgatif; mais si on double ou triple cette dose, on n'a pas doublé ou triplé son action purgative, mais on obtient des effets entièrement différents.

La dose usuelle d'une drogue ou d'une préparation officinale est celle indiquée par sa catégorie en posologie, malgré le fait indéniable que cette même drogue ou cette même préparation

officinale produit également une action thérapeutique tout autre quand elle est employée en quantité différente.

L'ipéca, par exemple, est employée à la dose officinale de 1 à 1 gr. 1-2 et elle est considérée en posologie comme un émétique; cependant nous savons qu'à la dose de 3 à 6 centigrammes nous calmions l'irritation gastrique et nous nous en servons comme un excellent expectorant et diaphorétique.

On peut dire, en règle générale, que les grandes doses produisent des effets locaux et que les petites doses données à de courts intervalles produisent des effets généraux dans l'organisme.

Sur cette règle est basée la plus grande partie des médicaments que nous appelons altérants, car ils sont généralement donnés à de petites doses souvent répétées. De cette façon ces médicaments entrent dans le courant sanguin, et leurs particules vont, petit à petit, mais sans cesse, se distribuer dans l'organisme.

Tous les praticiens savent que quand un corps est affecté d'une maladie chronique, il peut résister à l'action thérapeutique de certains médicaments; qu'un climat différent de celui où l'on est né et où l'on a vécu modifie les habitudes, les coutumes, le goût, les inclinations du sentiment et je dirai même les idées par l'influence du milieu, et que l'idiosyncrasie de certains individus, leur âge, leur sexe, leur tempérament, l'émotion sous laquelle ils se trouvent au moment de prendre la médication aussi bien que l'heure à laquelle elle est administrée, tout ceci et bien d'autres choses encore sont des facteurs thérapeutiques dont l'influence sur la guérison est presque aussi considérable que celle du médicament employé. C'est surtout à l'étude de toutes ces modifications thérapeutiques bien plus qu'à leurs doses infinitésimales que les homéopathes doivent les suprenantes guérisons que quelquefois véritablement ils obtiennent. Quelques exemples pratiques peuvent servir à l'argumentation :

1° Le calomel, à la dose de 6 milligrammes chaque heure, produit en huit ou dix heures une décharge intestinale aussi abondante que celle produite par une seule dose de 30 à 60 centigrammes;

2° Le tartre émétique à la dose de 4 à 10 milligrammes est très employé comme expectorant et diaphorétique; à la dose de 6 à 12 centigrammes, il est un puissant émétique, mais il est un anti-phlogistique à celle de 12 à 24 centigrammes.

3° Le kermès minéral, sulfure d'antimoine hydraté, ou le pancréas antimonialis ou universalis, est un bon expectorant et diaphorétique à la dose de 8 à 40 milligrammes, à celle de 6 à 30 centigrammes, un bon altérant, et à fortes doses un émétique;

4° L'esprit de nitre doux, à la dose de V gouttes est un excellent diaphorétique;

5° Le sulfate de cuivre à la dose de 16 à 60 milligrammes est astringent et tonique;

6° La teinture de lobélia est, à la dose de X à XV gouttes, très efficace dans le traitement de l'asthme comme antispasmodique et expectorant, mais 4 ou 5 grammes de cette même teinture produisent un effet émétique très utile dans le croup ou la coqueluche;

9° Le vin d'antimoine à la dose de V à X gouttes est expectorant et diaphorétique et très utile dans les maladies exanthématiques aiguës, dans le rhumatisme articulaire et les affections catarrhales des organes respiratoires, et à la dose de 4 à 8 grammes il est bien connu comme émétique;

8° La rhubarbe à la dose de 12 à 24 centigrammes est un excellent tonique dans le traitement des dérangements des organes digestifs spécialement dans l'affection que les Anglais et les Américains appellent "torpeur du foie" (*torpor of the liver*) cependant à la dose de 2 à 4 grammes il est purgatif;

9° La magnésie à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme est probablement le meilleur médicament anti-acide connu et à la dose de 2 à 4 grammes c'est un purgatif;

10° L'essence de térébenthine est un diurétique à la dose de II à VI gouttes, un stimulant et un diaphorétique à la dose de VIII à XV gouttes et à la dose de 2 à 8 grammes un drastique antihelminitique;

11° Le soufre sublimé, ou fleur de soufre, à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme, est un diaphorétique altérant; à celle de 4 à 8 grammes un bon purgatif contre les engorgements viscéraux;

12° Le chlorure de sodium, à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme, est un tonique et un altérant, à la dose de 4 à 8 grammes un astringent et un antihelminitique, tandis que 30 à 60 grammes dissous dans 200 grammes d'eau le transforment en un émétique;

13° Le sulfate de soude à fortes doses est un purgatif; à petites doses, souvent répétées, il est diurétique;

14° La digitale à grandes doses est un éméto-cathartique, et à petites doses fréquentes un excellent diurétique;

15° La liqueur de Fowler à la dose d'une demi-goutte chaque demi-heure pendant trois ou quatre heures de suite, soulage les vomissements de l'ivresse et est très utile contre les vomissements incoercibles de la grossesse;

16° L'extrait fluide d'ergot de seigle est employé dans le traitement des règles excessives, mais on obtient également une sensible amélioration de l'aménorrhée en donnant une seule goutte de la même préparation toutes les deux ou trois heures pendant la journée qui précède l'arrivée du flux menstruel;

17° L'ammoniaque, l'alcool et l'éther pris en quantité modérée excitent l'action cardiaque, et à de grandes doses ils paralysent le cœur;

18° Les très petites doses d'atropine diminuent la fréquence du pouls, et les doses relativement élevées l'accélèrent énormément;

19° Les doses modérées de digitale, agissant comme tonique cardiaque, diminuent les pulsations, tandis que les grandes doses, si elles n'agissent pas comme éméto-cathartique, augmentent de beaucoup les pulsations et peuvent même provoquer l'hydro-pisie;

20° Les principaux alcaloïdes de l'opium présentent trois propriétés thérapeutiques différentes: une action *soporifique* (narcéine, morphine et codéine); une action *excitante et convulsivante* (thébaïne, papaverine, narcotine); et une action toxique (ces 3 derniers à plus fortes doses).

On pourrait présenter encore un grand nombre d'exemples pratiques. D'une façon générale, on peut dire que les alcaloïdes végétaux sont rapidement absorbés et éliminés, mais les médicaments dont l'énergie thérapeutique dépend de glucosides ne le sont que petit à petit. Les substances minérales s'accablent dans l'organisme beaucoup plus facilement que celles qui appartiennent au règne végétal.

Il faut donc avoir une conception claire du rapport qui existe entre l'absorption et l'élimination des médicaments.

Les propriétés médicinales des drogues varient, elles aussi, sous l'influence du climat, de la manipulation, de la qualité du

terrain, du mode de culture, de l'âge, de la saison, de la récolte, de l'emballage, etc. Donc l'action thérapeutique d'une certaine dose d'un produit obtenu avec des drogues végétales dans des conditions différentes, sera certainement variable. Le procédé pharmaceutique employé à la fabrication de ce produit exerce lui aussi son influence sur l'action thérapeutique de la dose.

Les différentes parties d'une plante médicinale ne possèdent bien souvent pas la même propriété thérapeutique, quelquefois même on trouve dans la même plante des propriétés opposées. Ainsi les feuilles du *Ricinus communis* sont émollientes et les semences sont drastiques et même toniques. Toutes les parties du *Papaver somniferum* (pavot) contiennent de l'opium excepté les semences qui sont employées comme nourriture; les fleurs de la *Viola odorata* (violette) sont expectorantes et émollientes et les racines sont émétiques; les fleurs du *Sambucus canadensis* (sureau blanc) sont diaphorétiques et même diurétiques; le jus des baies est un altérant à la dose de 4 à 8 grammes et un laxatif à la dose de 15 grammes, les bourgeons tendres sont un énergétique et même un dangereux purgatif, l'écorce est un cathartique hydragogue et finalement le jus des racines est un émétique.

Dans l'Amérique du Sud, il y a une plante, dont parle Humboldt, dont les fleurs provoquent une forte épistaxis par simple aspiration. Pour la faire cesser, on applique les feuilles de cette même plante (un peu mâchées) sur les narines.

Il y a des plantes qui, tout en appartenant à la même classe, à la même espèce et à la même famille ont cependant des propriétés très différentes; ainsi les racines et les feuilles de la *Daucus carotâ* (la carotte) et celles de la *Conium maculatum* (la ciguë), les premières nutritives, celles-ci essentiellement vénéneuses, appartiennent à l'ordre des Umbellifères.

D'autre part, nous trouvons des plantes médicinales qui, quoique ayant une structure différente, produisent des substances dont les propriétés sont analogues et même parfois complètement identiques.

La térébenthine, par exemple, s'obtient de la *Pistacia térébinthus* (Térébenthacées) et ses propriétés thérapeutiques sont exactement les mêmes que celles de la térébenthine extraite des familles *Pinus*, *Larix*, *Abis* (conifères). Le baume de copahu, qui ressemble par beaucoup de ses propriétés à la térébenthine, provient d'une Légumineuse.

L'*Helleborus niger*, ellébore noir (dicotylédon de la famille des Renonculacées) et le *Veratrum album*, Ellébore blanc (monocotylédon de la famille des Melantacées) ont des effets thérapeutiques semblables.

* * *

Tous ces exemples semblent assez caractéristiques pour prouver d'une façon absolue que l'enseignement actuel de la matière médicale et de la thérapeutique n'offre pas une base assez solide pour que le médecin puisse juger exactement en tous les cas de maladie, quels sont les effets thérapeutiques d'un grand nombre de médicaments, leurs doses et leur forme d'application et que les seuls moyens de confiance sont sa propre expérience clinique et son sens pratique.

La différence des procédés chimiques et pharmaceutiques doivent entrer en ligne de compte dans les effets thérapeutiques, et, par conséquent, dans les doses.

Il arrive très souvent que l'on essaye avec insuccès un médicament que d'autres préconisent et manient avec d'excellents résultats. Avant de nous prononcer défavorablement à leur sujet, ne vaudrait-il pas mieux nous renseigner sur ce grand nombre de détails qui, comme nous l'avons vu, sont tous suffisamment importants pour modifier et même pour changer complètement l'action des drogues et des médicaments.

FERNANDEZ DE YBARRA.

LE BAUME DU PEROU DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUEES

La plupart des chirurgiens traitent aujourd'hui les fractures exposées récentes par l'ouverture large du foyer, qui en permet la toilette; par l'ablation des esquilles ou la résection des fragments osseux, suivant les cas, par la coaptation bout à bout des extrémités fracturées, avec ou sans suture osseuse, et par le tamponnement superficiel.

M. van Stockum, chirurgien en chef de l'hôpital municipal de Rotterdam, c'est-à-dire d'un port de mer important, où les accidents et, partant, les fractures compliquées, sont nombreux, a commencé par traiter ces fractures de la manière que nous

venons de dire. Peu satisfait, comme d'ailleurs nombre de chirurgiens, des résultats obtenus, il a songé à recourir à une méthode de traitement restée légendaire dans son service depuis les beaux succès qu'elle y avait donnés entre les mains d'un de ses prédécesseurs, J. van der Hoeven. La légende prétendait que, dans tous les cas de fracture compliquée traités par lui, la guérison avait été obtenue sans la moindre suppuration. Les résultats obtenus depuis quatre ans par M. van Stockum à l'aide de cette méthode ont été si surprenants qu'il a cru bon d'en faire l'objet d'une communication au récent Congrès français de chirurgie.

* * *

La méthode est des plus simples : elle consiste dans l'imprégnation du foyer de fracture par le baume du Pérou. Quant à son application, voici la pratique suivie par M. van Stockum :

Aussitôt le blessé étendu sur la table d'opération, et la fracture diagnostiquée, on commence par enlever, avec une pince stérilisée, les corps étrangers qui se trouvent à la surface de la plaie. Ni le membre blessé, ni la peau avoisinant la plaie, ni la plaie elle-même ne sont lavés ou désinfectés d'une façon quelconque. On ne fait aucune ligature pour hémorragie, à moins que ce ne soit une grosse artère qui donne. On remplit ensuite tout le foyer de la fracture, toutes les infractuosités de la plaie d'une grande quantité de baume du Pérou stérilisé, en écartant les lèvres cutanées à l'aide de pinces. On favorise la pénétration du baume par de légers mouvements qu'un aide imprime au membre pour obtenir un déplacement des extrémités fracturées. On réduit ensuite la fracture comme s'il s'agissait d'une fracture fermée. Lorsque l'orifice cutané est très petit, on remplit le foyer de la fracture à l'aide d'une seringue stérilisée. En aucun cas, il ne faut introduire de mèche de gaze dans la plaie.

Après la réduction, on applique un pansement aseptique à la gaze, dont la première compresse seulement est imbibée de baume, qui coule ainsi à la surface de la plaie et de la peau environnante. Par dessus les compresses de gaze on met une couche épaisse de coton hydrophile; puis, le tout est fixé par quelques tours d'une bande également de gaze. Le pansement terminé, le membre est placé aussitôt dans un appareil plâtré

ou un appareil à extension continue. M. van Stockum préfère l'appareil plâtré, parce qu'une immobilisation rigoureuse lui paraît le plus précieux auxiliaire de la méthode employée.

Le premier pansement reste ordinairement en place durant trois semaines. Dans les premiers jours, la température s'élève régulièrement; souvent, le quatrième ou le cinquième jour, elle monte jusqu'à 39° centigrades, mais, après le cinquième ou sixième jour, elle descend le plus souvent rapidement pour rester ensuite dans la normale.

Lorsqu'au bout de trois semaines on enlève le pansement, on trouve une plaie qui est déjà cicatrisée ou qui bourgeonne sans la moindre inflammation. Les tissus mortifiés se trouvent comme momifiés au milieu des bourgeons. Les bords de la plaie ne sont ni tuméfiés, ni rouges, et la pressior la plus énergique ne parvient pas à faire sourdre du pus ou le moindre liquide louche. Dans la profondeur, la réunion osseuse est parfaite ou en voie de consolidation.

Un ou deux pansements au baume — rarement plus —, faits comme le premier, suffisent ensuite à parfaire la guérison.

* * *

Les résultats obtenus par M. van Stockum avec cette méthode ont été, suivant sa propre expression, "merveilleux". On ne peut qu'être de son avis lorsqu'on jette un coup d'œil sur le tableau statistique qu'il a produit au Congrès.

D'après ce tableau, on voit, en effet, que, sur 90 cas ainsi traités, comprenant toutes les fractures compliquées, sans exception aucune (58 de jambe, 4 de cuisse, 9 d'avant-bras, 6 du bras, 2 du bassin, 1 de rotule, 2 du calcanéum, 8 du maxillaire inférieur), qui se sont présentées à la clinique de Rotterdam d'août 1899 à octobre 1903, le traitement n'a échoué complètement que dans 4 cas (4,5 pour 100), où les foyers de fracture suppurèrent. De ces 4 cas, 3 (1 fracture de jambe, 1 de cuisse, 1 de bras) guérirent cependant sans opération secondaire; une seule fois, une gangrène gazeuse nécessita l'amputation secondaire: la malade guérit également. Dans les 86 cas restants, c'est-à-dire dans une proportion de 95,5 pour 100, la fracture se consolida et la plaie compliquante guérit sans la

moindre suppuration, sauf dans 8 cas où il se fit une fistule. Dans la plupart de ces cas, la fistule était entretenue par la présence, dans la profondeur du foyer, d'un corps étranger infecté — morceaux de bois, brins de paille, esquilles osseuses — qu'il fallut extraire. Dans les 3 cas de fracture du maxillaire inférieur qui rentrent dans cette catégorie, on dut extraire une fois les extrémités fracturées qui avaient été réunies par un fil d'argent : la consolidation était cependant déjà complète; dans les 2 autres cas, on se contenta de curetter la petite fistule.

Comme on le voit, les résultats obtenus par M. van Stockum sont tout à fait remarquables, et il suffit, comme il l'a fait lui-même devant le Congrès, de les comparer à ceux que fournissent toutes les autres méthodes de traitement des fractures compliquées, pour se convaincre qu'ils sont vraiment supérieurs et que la méthode "d'embaumement des plaies" mérite d'être essayée par tous les praticiens. D'autant plus qu'elle est d'une simplicité telle qu'elle peut être appliquée partout et par le médecin le moins habile en chirurgie; elle peut se passer de la narcose; enfin, pour le blessé, elle diminue notablement les douleurs et tous les désagréments qui résultent des pansements fréquents.

* * *

Quel est le mode d'action du baume du Pérou? Agit-il sur les microbes en les tuant ou en diminuant leur virulence? M. van Stockum ne le pense pas, la puissance bactéricide du baume du Pérou étant presque nulle. D'ailleurs, la température élevée des premiers jours qui suivent le premier pansement, et qui monte encore davantage après un changement prématuré du pansement, prouve bien que la plaie est infectée.

Le baume agit-il donc simplement en aidant la défense organique naturelle? C'est très possible. On peut rappeler, dans cet ordre d'idées, les expériences de Landerer qui, après l'injection de baume du Pérou ou de l'un de ses éléments, l'acide cinnamique, chez les tuberculeux, a vu survenir une leucocytose abondante.

Ce sont là questions encore à résoudre. L'essentiel, pour l'instant, était d'avoir montré l'efficacité de "l'embaumement" des fractures compliquées.

V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

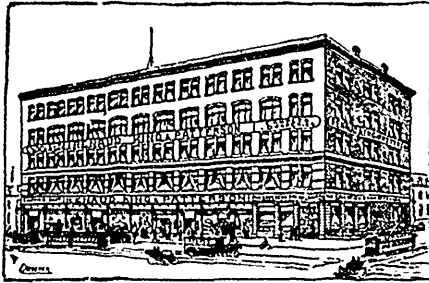
Ph. RICHARD

COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession
médicale à cause de leur pureté reconnue et
haute qualité

LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal
DEPOSITAIRES

S I V O U S S E M E Z, V O U S R E C O L T E R E Z
La Société de Crédit Hebdomadaire, Ltée, 107 rue St-Jacques, Montreal



Meubles, Literie, Tapis,
Draperies, etc.

Installation moderne et de premier ordre.

Renaud, King & Patterson
COIN STE-CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infailible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

Visitez l'établissement de la

Compagnie Electrique Crescent

AU No 2502 STE-CATHERINE

LACASSE ROUSSEAU,

Tel. Up 971

Directeur-Gérant.

N.B. - Vous y trouverez tous les appareils dont vous aurez besoin.

SI VOUS SEMEZ. VOUS RECOLTEREZ

La Société de Crédit Hebdomadaire, Limitée

107, RUE ST-JACQUES, MONTREAL

LES EFFETS DES RAYONS X SUR LES TESTICULES

Si les rayons X agissent d'une façon élective sur les cellules épithéliales, leur action ne s'en exerce pas moins sur d'autres cellules dont elle amène également la dégénérescence. C'est ainsi, du moins, que s'explique le résultat des expériences fort curieuses que MM. Albers, Schönberg et Frieben nous font connaître.

Des lapins et des cobayes mâles furent mis dans des cages disposées de telle façon que leur fond pouvait être traversé par les rayons d'une ampoule de Crookes. Après plusieurs séances de radiation, dont chacune ne dépassait pas quinze à vingt-cinq minutes, les animaux furent accouplés avec des femelles qui n'avaient subi aucun traitement. Bien que les couples aient été gardés en cage pendant un temps allant de quinze jours à cinq mois, aucune femelle ne devint grosse, aucune ne mit bas. Cependant, les animaux mâles qui avaient été soumis à l'action des rayons X n'ont présenté le moindre trouble dans leur état général et ont conservé leur appétit sexuel ainsi que la faculté de copulation.

L'autopsie fit connaître la cause de cette stérilité assez surprenante. Chez tous les animaux mâles, on trouve en effet une atrophie des testicules dont le volume avait diminué de moitié ou même de deux tiers. L'examen microscopique a montré, en outre, que la plupart des cellules qui tapissent la lumière des conduits séminifères avaient disparu et qu'elles étaient remplacées, dans certains endroits seulement, par quelques cellules rétractées dont le protoplasma était atteint de dégénérescence muqueuse ! Nulle part, on ne trouvait de spermatoblastes, ni le moindre signe de spermatogenèse. Enfin l'examen du liquide recueilli dans les vésicules séminales montre l'absence complète de spermatozoïdes.

Les rayons X avaient provoqué, chez les animaux, une dégénérescence de l'épithélium des conduits séminifères, laquelle dégénérescence a eu forcément pour résultat une azoospermie complète.

**DOUBLE KYSTE PAPILLAIRE DE L'OVAIRE AVEC DEGENERESCENCE FIBROMATEUSE DE L'UTERUS.
ABLATION. GUERISON. (1).**

PAR M. LE DOCTEUR FRANÇOIS DE MARTIGNY.

J'ai été appelé au mois d'août 1903, par un confrère, auprès de Mlle. V. âgée de 33 ans, souffrant d'un kyste de l'ovaire.

Je ne découvris rien dans les antécédents familiaux.

Mlle V. fut réglée à 14 ans régulièrement, avec des règles abondantes et incolores.

En 1899, attaque d'appendicite guérie par le traitement médical, il a toujours persisté une douleur sourde dans le flanc droit. Depuis cette attaque d'appendicite les règles devinrent douloureuses et apparurent tous les vingt jours.

En 1902, au mois de juillet, la malade remarqua pour la première fois que son ventre était gros et commença à peu près dans le même temps à ressentir une douleur vague dans tout le ventre. Elle nous dit que son ventre augmenta régulièrement et lentement de volume jusqu'en avril 1903; qu'à ce moment et à la suite d'une crise très douloureuse du ventre survenue brusquement, entre les règles, et sans cause appréciable, l'augmentation de volume fut rapide jusqu'à dépasser au moment où je l'examinai la dimension du ventre d'une femme à terme.

A l'inspection il est globuleux, mat jusqu'au-dessus de l'ombilic sans que la matité change de place suivant les différentes positions de la malade. L'hymen existant, je fais le toucher rectal et je sens une masse fluctuante avec, en certains endroits, des parties dures qui bombent dans le rectum. Nous portons d'accord, mon confrère et moi, le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu. La crise douloureuse accusée par la malade expliquant la torsion du kyste supposé.

Nous décidons l'opération immédiate, opération faite à l'Hôtel-Dieu le lendemain 14 août, avec, comme le docteur Verner au chloroforme et l'aide des docteurs Bourgeois et Hamelin.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un peu plus de 15 litres de liquide brun pâle et je tombai sur deux kystes papil-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, le 22 novembre 1904.

lomateux des ovaires, kystes rompus et dont les papilles faisaient hernies dans le ventre et un utérus fibromateux. J'enlevai ces masses au prix d'efforts ardues que je n'essairai pas de décrire. Voici comment s'exprime Labadie, Lagrave et Legueu, au sujet de l'opération de ces kystes papillaires: "L'extirpation de ces tumeurs est complexe; les adhérences de ces tumeurs, leur infiltration à la fois à la surface et au-dessous de la séreuse, leur pénétration dans le ligament large exposent à des difficultés sans nombre; la vessie, le rectum peuvent être perforés, des vaisseaux ouverts, les manœuvres de l'extirpation ne peuvent être décrites."

J'eus le bonheur de ne déchirer ni la vessie ni le rectum, de n'ouvrir aucun vaisseau. Je ne remarquai aucune greffe des tumeurs sur les organes voisins.

La malade guérit très bien de l'opération et, aujourd'hui, quinze mois après l'intervention, l'ascite ne s'est pas reproduite et la malade conserve son embonpoint.

Je vous donne de suite lecture du résultat de l'examen histologique faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. le Dr. Daigle, chef de ce laboratoire, dont la compétence indiscutable vous est connue depuis longtemps.

Laboratoire de pathologie de l'Hôtel-Dieu, mars 1904.

*Pièce kyste papillaire de l'ovaire. — Nom de l'opérée :
Demoiselle V.; opérateur, Dr de Marligny.*

La pièce soumise à l'examen appartient à la variété des kystes de l'ovaire dits kystes papillaires. Les papilles nombreuses qu'elle présente ont pu se développer à l'intérieur des kystes jusqu'à déhiscence de ces derniers leur donnant l'aspect en choux-fleurs. Des papilles ont pu se développer à la surface de l'ovaire en même temps qu'à l'intérieur des kystes, ce qui constitue une variété plus rare.

Ces néoplasies sont souvent malignes, on leur donne alors le nom de cysto-carcinomes papillaires. Cependant, ici, outre le fait que le revêtement épithélial est simple, il n'y a pas d'une façon apparente, en aucun endroit, écoulement de la membrane basale, il n'y a pas de nids de cellules dans le stroma conjonctif qui ne paraît nullement envahi par l'élément

épithélial et, malgré le développement luxuriant des formes papillaires, la structure de ces papilles peut être considérée des plus simples comme formation histologique.

A l'opération, on a trouvé des adhérences, mais il n'y avait pas de greffes métastatiques véritables sur les organes voisins, ce qui viendrait corroborer l'examen histologique quant à la nature bénigne de la tumeur.

Nous concluons à la nature bénigne de la tumeur comme formation histologique et à la possibilité de non-récidive si toutes les parties en ont été enlevées exactement.

C. A. DAIGLE.

Messieurs, lorsque j'ai fait annoncer que je vous présenterais cette si intéressante pièce, un de nos collègues a cru à la dernière séance que je venais de faire une découverte importante de révéler, au monde scientifique de l'Europe et de l'Amérique, l'existence d'une nouvelle variété de kystes de l'ovaire.

Je dois avouer humblement, et à mon grand regret, qu'il n'en est rien. D'ailleurs, vous mêmes, vous serez forcés d'admettre dans un moment avec moi que notre collègue s'est totalement trompé. Voici l'opinion de quelques auteurs qui se sont occupés de cette question des kystes papillaires papillomateux ou papillomes des ovaires. Ces kystes sont d'une excessive rareté. Après avoir fait faire le relevé de la statistique de l'Hôtel-Dieu pour ces dix dernières années, je n'en découvre aucun cas opéré à cet hôpital. Je n'ai découvert non plus aucun cas mentionné dans les statistiques de l'hôpital Notre-Dame ou l'hôpital Victoria, et, d'après mes renseignements, il en est de même à l'hôpital Général.

A. Auvard. — Traité de gynécologie. Paris 1894, page 558, 559, 560 :

“Kystes ouverts ou papillaires. Au lieu de ces tumeurs essentiellement kystiques et fermées dont il vient d'être question (kystes fermés ou glandulaires) on peut trouver au niveau de l'ovaire des tumeurs constituées par des amas de végétations papillomateuses analogues à celle que montre l'état isolé de la figure 569.

“ Ces tumeurs peuvent prendre l'aspect représenté par les figures 570 et 571, c'est-à-dire que les végétations sont tantôt

accumulées, amoncelées, autour de l'ovaire, (figure 571) tantôt plus ou moins répandues sur les organes voisins du péritoine.

“ Ces tumeurs semblent ne pas mériter le nom de kystes, car à l'état de complet développement, elles ne rappellent en aucune façon la constitution habituelle de ces tumeurs, c'est-à-dire une poche remplie de liquide, mais cette dénomination sera expliquée et justifiée quand nous connaîtrons leur mode de formation. Ces végétations prennent en effet naissance dans des cavités kystiques analogues à celles des kystes multiloculaires de l'ovaire, de telle sorte qu'à une période de leur évolution, il est impossible de les distinguer de ces dernières tumeurs qui contiennent parfois, ainsi que nous l'avons vu, des végétations papillomateuses. Mais ces végétations prennent un développement considérable, elles font éclater la poche qui les contenait, et s'épanouissent à l'extérieur, de telle sorte que, l'enveloppe kystique ayant disparu, on ne voit plus que les végétations.

“ Les kystes papillaires ou ouverts de l'ovaire, qui sont rares relativement aux formes précédemment étudiées, ne constituent en somme qu'une variété des kystes multiloculaires de l'ovaire. Ces végétations peuvent exceptionnellement prendre naissance dans les kystes multiloculaires, mais les kystes multiloculaires sont leur origine habituelle.

“ Ces végétations semblent s'inoculer de proche en proche, de telle sorte qu'elles envahissent le péritoine en une traînée progressive.

“ Le péritoine irrité par leur présence et par le liquide kystique répandu dans leur intérieur donne naissance à du liquide ascitique, de telle sorte que l'ascite est la compagne habituelle de ces tumeurs, bien qu'elles ne soient pas de nature maligne, et qu'extirpées elles n'aient pas de tendance à la récurrence à la condition que l'extirpation soit bien complète.”

Joseph Taber Johnson, M.D. Au chapitre des affections chirurgicales des ovaires et des trompes, dans “System of Surgery,” edited by F. S. Dennis, New York, 1896, vol. IV, page 649 :

“ Les kystes de l'ovaire peuvent être uniloculaire, multiloculaire, glandulaire, papillaire, proliférant, folliculaire, dermoïde ou paraovarique.”

Samuel Pozzi. — Gynécologie. Paris 1897, page 871. chapitre des tumeurs solides de l'ovaire.

“ Quelques auteurs y joignent les papillomes, les enchondromes et les tubercules; je n'imiterai point leur exemple. En effet, j'ai présenté l'histoire des premiers avec les kystes papillaires dont ils ne sont en réalité qu'une dépendance.”

Même auteur, page 776 :

“ Je diviserai les kystes de l'ovaire de la façon suivante :

- (1) Kystes prolifères glandulaires;
- (2) Kystes prolifères papillaires;
- (3) Kystes dermoïdes;
- (4) Kystes paraovarien. Comprenant eux-mêmes diverses espèces : hyalins, papillaires, dermoïdes.

“ Le kyste prolifère papillaire présente les indices d'une prolifération conjonctive prédominante, le tissu conjonctif forme des bourgeons qui font saillie dans la cavité kystique, en repoussant l'épithélium et en se divisant en ramuscules déliés, papilliformes. Ces excroissances dendritiques peuvent remplir et distendre le kyste au point de le crever et de faire saillie à l'extérieur, soit par une étroite éraillure, soit par une large déchirure. Alors le kyste peut pour ainsi dire se retourner; son fond convexe étale les végétations nées à sa surface, et la tumeur change complètement d'aspect. En même temps, ses produits de sécrétion tombent dans le péritoine et y provoquent avec l'ascite la production métastatique des masses papillaires.

“ Les tumeurs de cette origine ont été souvent décrites comme des *papillomes* superficiels de l'ovaire, tandis qu'elles reconnaissent pour cause un kyste antérieur dont la déhiscence avait amené la disparition. Toutefois les végétations peuvent, en apparence, naître d'emblée à la surface de l'ovaire. Prochaska, Gusserow et Eberth, Birch, Hirschfeld, Marchand, Coblenz en ont cité des exemples.”

Et plus loin : “ On est autorisé à dire que le papillome superficiel de l'ovaire n'est lui-même que le produit de la déhiscence de très petits kystes superficiels papillaires. Ainsi s'expliquent les cas où l'on a observé d'un côté un kyste papillaire et de l'autre un papillome de l'ovaire.”

Webster. — Diseases of women. Montreal, 1898 page 376 :

“ Kystes papillomateux. Ces kystes sont souvent bilatéraux et en règle générale n'atteignent pas la dimension des kystes

multiloculaires. Les différentes cavités sont peu nombreuses, souvent il n'y en a qu'une, etc., etc."

Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité Médico-chirurgical de gynécologie. Paris 1898, page 1035 :

"Si, au point de vue de l'anatomie microscopique et de l'histogénèse, il est impossible de séparer les tumeurs végétantes ou papillaires des kystes de l'ovaire, il est certain qu'au point de vue clinique elles constituent une classe à part de tumeurs."

Plus loin : "Ces tumeurs ont été depuis longtemps observées; la plupart des auteurs ne les mentionnent qu'à propos de kyste de l'ovaire. Cependant Péan, en 1886, en a fait l'objet d'une intéressante clinique; Pfannenstiel (Liepsig 1877), Duret (Congrès de Bruxelles 1892), Cazenave (des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale, 1895, Paris) leur ont consacré des travaux plus importants."

Paul Second, dans le tome VII, page 338, du traité de chirurgie de Duplay et Reclus, Paris, 1899.

Tumeurs solides.

"Variétés. Sous le nom de tumeurs solides de l'ovaire on décrit en général, les tubercules, le *Papillome*, l'enchondrome, le fibrome, le sarcome et le cancer. Dans les cysto-épithéliomes simples ou de variété plus maligne, on rencontre fréquemment des végétations conjonctives ou épithéliales qui affectent une disposition papillaire."

A. Lutaud. Manuel de gynécologie. Paris 1900. Page 634, 635.

Kystes Paillaires.

"A côté des kystes prolifères fermes, il convient de décrire une variété beaucoup plus rare qui est constituée par des amas de végétations papillomateuses amoncelées autour de l'ovaire, fig. 363, 364.

Quoique ne présentant pas les caractères anatomo-pathologiques des kystes ovariens lorsqu'elles ont atteint un certain développement, ces tumeurs semblent s'y rattacher par leur origine.

Il a été en effet démontré que ces kystes peuvent débiter, soit à la surface de l'ovaire, soit dans des cavités analogues à celles des kystes multiloculaires.

Les kystes papillaires sont donc des tumeurs fermées dans

la première période de leur évolution; ce n'est que lorsqu'ils prennent un développement considérable, qu'ils font éclater la poche et se répandent autour de l'ovaire pour prendre l'aspect végétant. Ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable, s'inoculer de proche en proche et envahir le péritoine. Elles donnent alors naissance à une ascite."

Ledentu et S. Bonnet dans le tome X page 860, fig. 226 du *Traité de Chirurgie de LeDentu et Delbet*, Paris 1901.

(Végétations) de même nature que celles qu'on rencontre à la surface des kystes, mais plus fréquentes à l'intérieur, ces végétations sont tantôt sessiles tantôt pédiculées, ou même libres isolées ou confluentes, elles sont molles et friables ou dures fibreuses, comme cartilagineuses, transparentes ou opaques, blanc grisâtre ou nacrées évoquant la comparaison à choux-fleur ou rouges et charnues, comme une framboise. Peu nombreuses dans certains cas, elles emplissent dans d'autres, toute la cavité, au point de simuler une tumeur solide; leur développement est parfois tel qu'elles font éclater la paroi, deviennent extra-kystiques et peuvent s'effriter dans le péritoine. Elles répondent au kyste végétant de Cruvelier, au kyste prolifère papillaire de Pozzi. On leur a donné aussi le nom de papillome.

DE L'INTERROGATOIRE D'UNE MALADE AU POINT DE VUE GYNECOLOGIQUE

La précision du diagnostic en gynécologie tient autant à la connaissance des anamnestiques qu'à l'exploration locale. Cliniquement réglé dans ses différents temps, l'examen physique est, sauf quelques détails particuliers, pratiqué suivant une technique presque invariable. Tout au contraire, l'étude des anamnestiques reste livrée aux inspirations personnelles et, dès lors, ne bénéficie pas des avantages d'une méthode rigoureusement établie. Il en résulte qu'au cours de l'interrogatoire, d'une part, on risque de se perdre dans les récits incomplets ou superflus des malades, et, d'autre part, on s'expose à oublier de poser des questions de première importance.

Dans le but de rendre l'interrogatoire en quelque sorte systématique, j'ai rédigé il y a une dizaine d'années un questionnaire

dont l'expérience m'a montré l'utilité. Aucune initiative n'est laissée à la malade, et ses réponses qui, souvent, se bornent à un oui ou un non, ne comportent jamais d'explication prolongée. Ce questionnaire comprend essentiellement cinq parties.

La première a trait aux *antécédents utérins*. Les questions doivent être dirigées dans le but de dépister une infection post-puerpérale ou gonococcique antérieure.

L'examen des *règles* vient ensuite. Il y a tout avantage à n'étudier les règles qu'après la connaissance du passé physiologique et pathologique de l'utérus, parce qu'on peut mieux établir les modifications qu'elles ont pu présenter à la suite de l'accouchement, de la fausse couche, de la blennorrhagie dont on a déjà relevé l'existence.

La troisième partie se rapporte aux *symptômes locaux* qui sont de deux ordres : les pertes, les douleurs. A l'endroit des pertes, il faut savoir qu'elles peuvent passer inaperçues si elles sont peu abondantes et surtout si la malade prend des injections fréquentes. Relativement aux douleurs, il importe de rechercher un début plus ancien que celui qu'indique la malade ; la plupart du temps, les malades, ne songeant qu'à leur crise actuelle, oublient les crises analogues qu'elles ont pu avoir quelques années auparavant. Il est, en outre, important de noter si les douleurs disparaissent complètement et très rapidement par le repos ou si, au contraire, le décubitus dorsal les calme à peine ; les douleurs symptomatiques d'inflammation péritonéale ne disparaissent pas en effet totalement dès que la malade est couchée, tandis qu'au contraire les douleurs dues à la congestion pelvienne et en particulier à la dilation variqueuse des veines du ligament large, s'évanouissant pour ainsi dire dès que la malade s'étend.

La quatrième partie est consacrée à la recherche de *symptômes d'insuffisance ovarienne*. La recherche de ces symptômes permet seule de se rendre compte du bon fonctionnement de l'ovaire ; et tant au point de vue du diagnostic que du traitement, il est nécessaire de se rendre compte de l'état physiologique de cet organe.

La cinquième partie comprend l'*étude sommaire des divers appareils*. Il est, en effet, d'importance capitale de ne pas se borner à l'étude de l'appareil utéro-ovarien. Il est indispensable de reconnaître le retentissement que peut avoir une affection génitale sur des organes éloignés. Il est non moins utile de savoir que suivant l'état du système nerveux, que d'après le temperament arthri-

tique, lymphatique, sanguin, un certain nombre de maladies génitales comportent un pronostic et une thérapeutique en certains points différents.

Ce questionnaire n'a pas la prétention de supprimer toutes les difficultés de l'interrogatoire. Il ne faut le considérer que comme un guide-indicateur ; les questions sont simplement posées suivant un ordre méthodique, de manière à ne commettre aucun oubli important. Il appartient à chacun de savoir approfondir, selon les malades, les points plus particulièrement intéressants que le questionnaire ne fait qu'indiquer.

Questionnaire

Age	Quel âge avez-vous ?
Antécédents utérins	a) <i>Accouchements.</i> {
	Avez-vous eu des enfants ? Combien ?
	A quelle date ?
	L'accouchement a-t-il été facile ?
	L'accouchement a-t-il été suivi d'hémorragie ? Quand ?
	L'accouchement a-t-il été suivi de pertes jaunes ?
	L'accouchement a-t-il été suivi de fièvre ?
	L'accouchement a-t-il été suivi de douleurs, de ballonnement du ventre ? de vomissements graves ?
	Avez-vous fait des fausses couches ?
	Combien ? A quelle date ?
	Quel était le mois de votre grossesse ?
	Qui a vu le fœtus ?
	La fausse couche a-t-elle été suivie de pertes rouges ? de pertes jaunes ? de douleurs ? de fièvre ? de ballonnement du ventre ?
	Avez-vous perdu en jaune ? en vert ? Quand ?
	Ces pertes sont-elles survenues brusquement ? (chez les jeunes femmes, rechercher si elles ne sont pas <i>consécutives au mariage</i>) ?
Étaient-elles accompagnées de douleurs à la miction ?	
Avez-vous eu des douleurs articulaires à cette époque ? (rhumatisme blennorragique ?)	
c) <i>Blennorragie.</i> {	

Règles.....	{	A quel âge avez-vous été réglée ? Avez-vous eu des irrégularités, de l'anémie, au moment de l'établissement des règles ?		
		<i>Avant d'être malade :</i>		
Vos règles étaient-elles régulières ?		<i>Depuis que vous êtes malade :</i> Sont-elles régulières? en retard?		
Vos règles étaient-elles abondantes? avec caillots ?		Sont-elles abondantes ? avec caillots ? le sang est-il rouge ?		
Vos règles étaient-elles douloureuses ?		Sont-elles douloureuses? quand ?		
Combien duraient-elles de jours ?		Combien durent-elles ?		
A quelle date avez-vous eu vos dernières règles ?				
Ces dernières règles ont-elles présenté leurs caractères habituels ?				
Symptômes locaux	}	Pertes.....	{	Avez-vous des pertes blanches? depuis quand ?
			{	Avez-vous des pertes jaunes? depuis quand ?
			{	Avez-vous des pertes vertes? depuis quand ?
			{	Avez-vous des pertes rouges? depuis quand ?
			{	Ces pertes sont-elles abondantes ?
			{	Ces pertes ont-elles de l'odeur ?
			{	Ces pertes sont-elles irritantes ?
			{	Ces pertes sont-elles continues ?
			{	Souffrez-vous dans le ventre ?
			{	Depuis quand ? (Rechercher un début ancien.)
Douleurs.....	}	Dol.....	{	A quel endroit précis du ventre ?
			{	Les douleurs s'irradient-elles dans les cuisses ? Les douleurs s'irradient-elles vers l'anus ? Les douleurs s'irradient-elles dans les reins ? Les douleurs s'irradient-elles vers l'ombilic ?
			{	Ces douleurs surviennent-elles par crises ? Souvent ?
			{	Disparaissent-elles <i>complètement</i> par le repos ?
			{	Disparaissent-elles <i>dès</i> que vous êtes couchée ?
			{	Sont-elles lancinantes, très vives ou sourdes ?

Symptômes d'insuffisance ovarienne.

Symptômes généraux

Appareil cardiaque.

— pulmonaire

— urinaire

— digestif

Système nerveux.

Etat général.....

Avez-vous des bouffées de chaleur, des poussées de sang à la tête ? Souvent ? A quel moment ? Depuis quand ? Après les repas ou même le matin, la nuit ? Ces bouffées s'accompagnent-elles de sueurs ? Depuis quand ?

Avez-vous mal à la tête et fréquemment ? Depuis quand ?

Dormez-vous bien ? Avez-vous des cauchemars ? Depuis quand ?

Votre mémoire a-t-elle faibli ? en quoi ? Depuis quand ?

Votre caractère a-t-il changé ? Êtes-vous plus irritable ? L'avez-vous toujours été ?

Avez-vous des idées noires ? de suicide ? En avez-vous toujours eu ?

Vos forces ont-elles diminué ? Depuis quand ?

Avez-vous engraisé ? maigri ? De combien ? Depuis quand ?

Avez-vous eu une maladie de cœur ? des rhumatismes ?

Avez-vous eu des palpitations ? (Auscultez.)

Avez-vous eu quelque affection pulmonaire ?

Toussez-vous ? Depuis quand ?

Crachez-vous du sang ? (Auscultez.)

Comment sont vos urines ? (Les analyser.)

Quelle en est la quantité ?

Urinez-vous souvent ? La nuit ?

Souffrez-vous en urinant ?

Montrez votre langue. (Examiner la base.)

Digérez-vous bien ? (Rechercher les signes de lenteur de digestion : renvois, aigreurs, sommeil, etc.)

Allez-vous bien à la selle ? Les matières sont-elles dures ? Y a-t-il des glaires ?

Êtes-vous nerveuse ? émotive ?

Avez-vous eu des crises de nerfs ?

Examiner la sensibilité générale.

Examiner les réflexes.

Avez-vous maigri ? Êtes-vous anémiée ?

Avez-vous de la fièvre ? Quel degré de température ?

Avez-vous des sueurs, des frissons le soir ? Comment sont-ils ?

TUBERCULOSE ET BLANCHISSERIE

Le Linge vecteur du bacille de Koch.—(Congrès français de Médecine, Paris, 24-27 octobre, '04).

PAR M. LE PROFESSEUR SAMUEL BERNHEIM, PARIS.

D'après l'auteur, le linge sale est, à côté du logement malsain et surpeuplé, de l'alcoolisme et de la misère, l'un des plus puissants facteurs de la contagion tuberculeuse. Il rappelle avec quelle négligence le linge sale est recueilli par les familles; pendant plusieurs jours il croupit dans une caisse noire et perméable ou encore il traîne dans un coin de l'appartement. Puis desséché, il est compté et éparpillé sur le parquet de la chambre où il répand des germes dangereux. Comme il existe dans un très grand nombre de familles un tuberculeux, on peut juger du danger de ce linge, qui est enlevé sans précaution par le blanchisseur pour traîner à nouveau dans l'atelier de ce dernier. L'enlevage de ce linge sale dans une voiture se fait simultanément avec la livraison d'autre linge propre et blanchi. Il y a donc une promiscuité continuelle et une contagion mathématique certaine.

M. Bernheim affirme qu'un très grand nombre de blanchisseurs et de blanchisseuses sont bacillisés et fréquentent les dispensaires antituberculeux de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine. Comparativement aux autres métiers, ce corps de profession est plus éprouvé.

Pour éviter le danger, qui menace public et blanchisseur, il vaudrait mieux réglementer les blanchisseries qui sont des établissements d'utilité publique. Le linge sale recueilli par la famille avec précaution dans des caisses hermétiques, et établies dans chaque logement, devrait être enlevé dans des sacs imperméables et il devrait être désinfecté dès son arrivée à la blanchisserie. L'opération de l'enlèvement du linge sale et celle de la livraison du linge blanchi devraient s'opérer séparément et dans des voitures spéciales et différentes. Enfin, dans les grandes cités, dans les villes importantes où fleurit la Tuberculose et où les tuberculeux indigents sont nombreux, il faudrait créer des buanderies municipales modèles destinées au blanchiment du linge provenant des phthisiques pauvres soignés dans les Dispensaires antituberculeux. En prenant ces simples mesures de propreté et d'hygiène, on éviterait, d'après le Dr S. Bernheim, un très grand nombre de contagions tuberculeuses.

DE LA TEMPERATURE DU NOURRISSON PENDANT LES REGLES DE LA FEMME QUI L'ALLAITE

Le professeur Weil, de Lyon, examinant un bébé au mois de juin 1903, fut frappé de l'irrégularité passagère que présentait la courbe de température. Une enquête minutieuse lui permit d'incriminer les règles, chez sa nourrice. Sur son conseil, M. A. Plantiez se livra à une étude méthodique de cette particularité et, de sa thèse, on peut détacher les conclusions suivantes :

1° L'élévation de température est constante chez tous les nourrissons observés pendant la durée des règles.

2° L'ascension thermique est probablement due à des toxines thermogènes passant dans le lait au moment de la période menstruelle, si l'on admet comme probable l'intoxication, ou à une altération dans la composition du lait. Mais ce ne sont là que de simples hypothèses encore à vérifier.

3° Cette élévation de température est passagère, sans inconvénient ni danger pour le nourrisson. Elle ne doit pas faire exclure une nourrice dont l'enfant présente quelques troubles pendant la période menstruelle.

SUR LE PASSAGE DANS LE LAIT DE LA GRAISSE DE L'ALIMENTATION

Il n'y a pas longtemps encore, alors que les idées de l'école de Voit sur l'origine de la graisse dans l'organisme animal étaient dominantes, on pensait que la principale source de la graisse du lait se trouvait dans l'albumine de l'épithélium des glandes mammaires. Mais bientôt il devint douteux que la graisse pût se former à partir de l'albumine, et l'on commença à rechercher de nouvelles origines à la graisse du lait. Les recherches faites à ce sujet ont été peu nombreuses, les résultats trouvés fragmentaires, et les expériences très restreintes. D'après les idées nouvelles, ce ne sont pas les substances albuminoïdes de l'épithélium glandulaire, mais les réserves de graisse de l'organisme, ou bien sans intermédiaire la graisse de l'alimentation elle-même qui constituent la source principale de la graisse du lait.

Résoudre le problème de l'origine de la graisse du lait serait d'une grande importance, particulièrement pour la connaissance

du mode de formation de la graisse dans l'organisme; et aussi, on le voit facilement, au point de vue pratique, s'il est vrai que les graisses alimentaires passent en plus ou moins grande partie dans la graisse du lait.

Dans l'étude de ce problème, étude qui, pour être complète, devrait être faite au point de vue morphologique comme au point de vue chimique, GOGITIDSE distingue deux parties: d'abord établir si l'introduction de graisses étrangères dans l'organisme influe sur la composition des matières grasses du lait, et ensuite rechercher l'origine de la totalité des matières grasses du lait. (C'est à la première partie de cette étude que l'auteur apporte ici une contribution.

Après avoir passé en revue les auteurs qui ont traité le question avant lui (particulièrement HENRIQUEZ, HANSEN et LEBBEDEW) et indiqué les principales articulations de la question (comment aussitôt après l'ingestion et avec quelle intensité les graisses étrangères passent-elles dans le lait? — ce passage s'opère-t-il directement, ou par l'intermédiaire des dépôts de graisse? combien de temps les graisses étrangères provenant de l'alimentation demeurent-elles dans le lait? les matières grasses ingérées passent-elles *in toto* ou se retrouvent-elles dans le lait après avoir subi une dégradation préalable de leur molécule? quel est, après ingestion de graisses étrangères, le rapport entre les modifications des matières grasses du lait et celles des matières grasses de réserves?) G. passe à l'exposition de ses propres recherches qui ne répondent qu'à une partie de ces questions.

Dans l'impossibilité pratique de déterminer à chaque fois tous les composants des substances à analyser, G. s'est borné à déterminer l'"indice d'iode". On appelle ainsi la quantité pour 100, exprimée en poids d'iode nécessaire pour saturer les affinités libres d'une matière grasse donnée, nombre qui sert ainsi de symbole pour désigner la teneur en acides gras non saturés de la matière grasse en question. L'auteur, après avoir décrit la technique chimique qu'il a suivie, donne les tableaux et les courbes de ses quatre séries d'expériences (les trois premières sur des brebis, la dernière sur une chienne).

Les animaux reçoivent pendant quelques jours de l'huile de lin, dont l'"indice d'iode" est le plus élevé (180,13). Chaque jour on analyse le lait (au point de vue de sa teneur en acides

gras non saturés). Un certain temps après que l'animal a cessé d'absorber de l'huile de lin, ou bien au milieu de la période même où il reçoit cette nourriture, on le sacrifie, afin de faire l'analyse des réserves grassieuses.

Les résultats de ces expériences montrent que l' "indice d'iode" du lait monte très rapidement après le début de l'alimentation à l'huile de lin (de 30, 40 à 60, 80, au bout de trois jours), se maintient à peu près à ce niveau tout le temps que dure cette alimentation, puis, une fois qu'elle a cessé, descend progressivement et lentement. Il faut conclure que les acides gras non saturés contenus dans l'huile de lin ont passé dans le lait, et s'y retrouvent soit tels quels, soit sous forme de glycérides (quantitativement, il peut y en avoir jusqu'à 33 % dans le lait). Le fait que l' "indice d'iode" descend lentement après qu'on a cessé de donner de l'huile de lin, s'interprète en supposant que les éléments de l'huile de lin sont déposés dans les réserves grassieuses et, retenus là un certain temps, ne passent que peu à peu dans le lait. En effet, à l'analyse, vingt-quatre jours après cessation de l'alimentation à l'huile de lin, l' "indice d'iode" était, pour les dépôts de graisse, de 47.81 en moyenne, et pour le lait, de 40.80 seulement.

Si on compare les résultats des analyses de la graisse du lait et de la graisse des dépôts en pleine période d'alimentation à l'huile de lin, on voit que les graisses du lait s'enrichissent en graisses ingérées bien plus vite que les graisses des réserves. Il faut conclure de là que les graisses ingérées passent dans le lait par deux voies différentes : 1°) par l'intermédiaire des réserves, et 2°) immédiatement. — Cette conclusion est encore vérifiée si, au lieu de l'analyse chimique, on emploie des méthodes de coloration : en faisant ingérer à l'animal, par exemple, des graisses colorées en rouge par le Sudan III, on voit que les graisses des réserves prennent une coloration rosée beaucoup plus faible et beaucoup plus tardive que celle des graisses du lait.

Les recherches de G. ne permettent pas de répondre à la question de savoir si les graisses ingérées passent dans le lait sous forme de graisses neutres, ou décomposées en leurs éléments.

Un fait intéressant, mais dont on ne peut fournir jusqu'à présent que des explications hypothétiques, c'est que pendant l'alimentation à l'huile de lin, la lactation (particulièrement pour les chiennes) subit une diminution considérable.

TRAITEMENT DES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

L'accord n'est pas absolument fait sur la conduite que l'on doit tenir dans le cas de contusion de l'abdomen. Certains chirurgiens considèrent que l'on doit toujours intervenir quand un traumatisme atteint l'abdomen, et que cette intervention doit être faite immédiatement. D'autres chirurgiens, remarquant la terminaison heureuse de quelques cas de traumatisme non suivis d'opérations, préconisent l'abstention. D'après ces derniers, il ne faudrait opérer que quand des symptômes nets indiquent une lésion profonde. On peut penser que cette conduite ne permet pas de parer à tous les accidents. En effet, quand un appareil symptomatique relève des troubles graves, l'intervention chirurgicale est presque toujours inutile ; elle vient trop tard et ne peut réparer des lésions dont l'évolution est trop avancée.

On serait donc tenté de dire que toute contusion de l'abdomen nécessite une laparotomie. Cette formule est évidemment exagérée. Si les chirurgiens qui attendent les signes de la fin ont tort, ceux qui opèrent toujours et quand même autorisent presque par leur exagération la pusillanimité des premiers. Il n'y a, pour les contusions de l'abdomen, pas plus de formules absolues que pour l'appendicite. C'est dans l'étude attentive du mécanisme du traumatisme, dans l'étude de l'évolution clinique des signes que présentent les malades atteints, qu'on doit puiser les indications opératoires.

Dans quelles circonstances un traumatisme qui atteint l'abdomen est-il dangereux ? pour répondre avec précision à cette question, il est nécessaire de tenir compte de plusieurs facteurs. Ces facteurs sont les suivants : 1) la force du traumatisme ; 2) la direction de ce traumatisme par rapport à la paroi abdominale ; 3) le point de la paroi atteint ; 4) l'état de relâchement ou de contracture dans lequel se trouvent les muscles abdominaux au moment du choc.

Il est évident que la force avec laquelle le choc est produit a une grosse importance : un sujet qui reçoit un coup de pied de cheval éprouve fatalement des lésions plus profondes qu'un homme qui reçoit un simple coup de poing.

Mais l'importance de la force du traumatisme est moindre que celle de la direction de ce traumatisme ; exemple : un maréchal ferrant reçoit un coup de pied de cheval dans le

ventre; ce coup arrive *tangentiellement* à la surface de la paroi abdominale antérieure; la peau a été enlevée et l'homme a été renversé. Cependant, il est évident qu'il ne s'agit pas d'un traumatisme grave. Les viscères situés en arrière de la paroi sont indemnes, et il ne peut pas en être autrement.

Au contraire, au cours d'une rixe, un homme reçoit un coup de tête dans le ventre, dans ce cas le coup vient toujours *perpendiculairement* à la surface de la paroi; le coup porte d'aplomb. Cette fois, les viscères abdominaux pourront être pincés entre le corps traumatisant et la colonne vertébrale; il y a donc des chances pour que de graves désordres se produisent.

On voit qu'il faut attacher une importance considérable à la direction du traumatisme.

La connaissance exacte du point traumatisé n'est pas sans importance: quand un coup frappe la région ombilicale, il presse directement les anses intestinales sur la colonne vertébrale, et peut ainsi les sectionner.

Au contraire, lorsqu'un coup atteint la paroi latérale de l'abdomen, le flanc, ce coup ne peut que difficilement déchirer les anses intestinales qui ont beaucoup de place pour fuir le traumatisme.

L'état de contracture ou de relâchement dans lequel se trouvent les muscles de la paroi, constitue encore un facteur très important pour apprécier la gravité d'une contusion.

Quand un choc surprend la paroi dans un état de relâchement complet, il se transmet d'une façon intégrale aux viscères sous-jacents. Ces viscères ont, par eux-mêmes, peu de résistance; donc il suffira, dans ce cas de relâchement de la paroi, d'un petit traumatisme pour que des désordres considérables se produisent. Au contraire, quand la paroi abdominale est contractée, elle garantit d'une façon très effective les viscères situés en arrière d'elle. En effet, pour que les anses intestinales soient appliquées par le traumatisme contre la colonne vertébrale, il faut que les muscles cèdent, se laissent enfoncer; souvent la résistance musculaire est telle, que les sujets traumatisés sont projetés en arrière, avant la rupture des muscles. On croit qu'il y a lésion profonde à cause de la vigueur du coup, et, cependant, il n'y a pas de blessure viscérale. C'est ainsi que les boxeurs professionnels américains reçoivent jour-

cellement des coups qui seraient mortels si leur paroi n'était en état de contracture constante.

Il y a donc un certain nombre de facteurs très importants à connaître pour apprécier l'importance d'un traumatisme abdominal.

Que se produit-il dans le cas de traumatisme grave ?

Un ou plusieurs viscères de la cavité abdominale se rompent. Parmi ces viscères, les uns sont très riches en vaisseaux (foie, rate, rein), les autres sont creux et ont un contenu plus ou moins septique (tube digestif, vessie, etc.).

Si un organe du premier groupe est blessé, il se produit une hémorragie. L'hémorragie n'a aucune tendance à s'arrêter puisque le sang peut s'épancher librement dans une grande cavité séreuse. (Une simple fissure de la rate peut être mortelle.)

Quand un organe du second groupe est atteint, ses parois se rompent et son contenu septique se répand dans la cavité péritonéale, déterminant une infection généralisée rapidement mortelle.

La réaction symptomatique d'une contusion de l'abdomen grave sera donc celle d'une hémorragie interne abondante, ou celle d'une péritonite généralisée. Malheureusement, l'hémorragie interne et la péritonite généralisée ne se révèlent d'une façon nette qu'à une période avancée de leur évolution. Les chirurgiens qui attendent que leurs malades éprouvent des bourdonnements d'oreille, de la décoloration des téguments et de la tendance aux syncopes, opèrent souvent trop tard. Quand ils attendent les signes francs de la péritonite, ils opèrent encore trop tard. La dissociation du pouls et de la température, le refroidissement de la langue, le pincement des narines, l'arrêt des gaz, dans le cas de rupture intestinale, n'apparaissent pas d'une façon assez hâtive pour constituer des signes d'un grand secours.

Les signes physiques qui traduisent la présence d'un épanchement liquide ou gazeux, intra-abdominal, fournissent des renseignements plus utiles. La matité de la fosse iliaque, la sonorité pré-hépatique s'observent souvent dès le début. Ce sont des signes sûrs qui autorisent une intervention.

Parmi les signes physiques, il en est un dont la constatation a une importance primordiale, et qui s'observe dès le début des accidents : c'est la *contracture de la paroi*.

Quand, après un coup sans importance, un malade présente de la contracture de la paroi abdominale, il faut opérer, même si on ne découvre aucun autre signe, si l'état général est parfait et si le pouls est bon. Par contre, l'absence de contracture de la paroi abdominale n'implique pas forcément une bénignité des lésions.

On voit donc que la recherche des signes physiques donne des renseignements beaucoup plus sûrs et beaucoup plus précoces que la recherche des signes généraux.

En résumé, les indications opératoires précoces doivent être tirées de l'examen physique du malade. Il ne faudra pas attendre, pour prendre un parti, qu'une réaction générale de l'organisme indique la gravité des lésions.

Quand un malade vient de recevoir une contusion de l'abdomen, avant même que l'état de choc, dans lequel se trouve ce malade, soit dissipé, il faut essayer de trouver une indication opératoire. S'il y a de la contracture de la paroi, l'hésitation n'est pas permise. S'il y a des signes d'épanchement sanguin ou gazeux, l'hésitation est encore moins permise. Si l'on ne trouve aucun de ces signes physiques, il faut procéder à l'interrogatoire du malade, et tâcher de reconstituer, avec autant de précision que possible, la scène de l'accident. Si l'on apprend, par exemple, que le choc a été violent, qu'il a frappé la région ombilicale, perpendiculairement à sa surface, et que le sujet n'ayant pas vu venir le coup a laissé ses muscles abdominaux dans l'état de relâchement, on a acquis la presque certitude qu'un ou plusieurs viscères abdominaux sont lésés. Il faut alors intervenir d'emblée.

Donc, lorsque l'étude des signes physiques ne fournit pas de données précises, au lieu d'attendre l'apparition de signes réactionnels généraux, on peut encore essayer de trouver des indications à l'opération dans l'étude du mécanisme de l'accident.

LE DELIRE VACCINAL

M. Régis a publié dernièrement trois cas de délire vaccinal aigu et transitoire observés chez deux adultes et un enfant de trois ans. Les faits de ce genre n'ayant pas encore été signalés et leur pathogénie étant des plus obscures, il nous semble intéressant de résumer une de ces observations, lesquelles, au point de vue clinique, se ressemblent point par point.

Done, un garçon de vingt-deux ans, ni alcoolique, ni névropathe, qui s'était fait revacciner huit jours auparavant, était pris brusquement, dans la nuit, après un ou deux jours de céphalalgie, d'un délire furieux, et terrifiait littéralement les personnes de son entourage.

A moitié couché sur un lit dont il avait rejeté les couvertures et les matelas, la face congestionnée, les yeux hagards, il criait qu'on voulait l'assassiner. La scène, avec des intervalles de calme et d'agitation, durait déjà depuis plusieurs heures.

Aussi le malade fut-il transporté à l'hôpital et enfermé provisoirement dans une cellule. Le matin, quand on alla voir le malade, on le trouva calme, étonné de se voir enfermé et surveillé, ne se souvenant pas de la scène de la veille. Admis dans la salle commune, il y resta deux jours, absolument calme, ne demandant qu'à sortir et à reprendre son travail, ne présentant aucun symptôme morbide. Il a quitté l'hôpital en parfait état de santé.

Sauf quelques variantes dans la forme du délire, les choses se sont passées exactement de la même façon dans la seconde observation qui se rapporte à un enfant de trois ans, et dans la troisième qui a trait à une fille de vingt-deux ans. Dans tous ces cas, il s'agit d'individus qui, en absence de tout antécédent alcoolique ou névrosique, présentent, pendant la période inflammatoire de l'éruption vaccinale, un délire onirique, hallucinatoire et terrifiant, précédé d'une céphalée de durée variable et suivi d'une amnésie complète. D'après M. Régis, ces caractères suffisent pour faire reconnaître le type clinique du délire toxique et infectieux, tel qu'il l'a formulé et décrit dans ces dernières années. Et ce serait la vaccine qui, dans ces trois cas, jouerait le rôle de l'agent toxique et infectieux.

DE LA FIEVRE CHEZ LE NOUVEAU-NE SYPHILITIQUE

PAR M. LE DOCTEUR SCHWAAB.

La fièvre est fréquente chez les nouveau-nés hérédosyphilitiques. Sa cause est très variable suivant les cas.

a) Le plus souvent, elle dépend d'*infections secondaires* qui se développent très facilement sur le terrain syphilitique, d'autant plus que nombre des hérédosyphilitiques sont des prématurés débiles. Ces infections secondaires se font par les muqueuses nasale, broncho-pulmonaire, digestive, etc.

b) Dans une seconde catégorie de cas, la fièvre semble liée à l'éruption cutanée ou muqueuse. L'élévation thermique se montre surtout quand l'éruption est confluyente et peut réapparaître lors de chaque nouvelle poussée. Cette fièvre peut être rapprochée de celle qui accompagne les pyrexies exanthématiques (scarlatine, rougeole, etc.).

c) D'autres fois, la fièvre peut exister indépendamment de toute infection surajoutée ou de toute éruption cutanée : elle semble coïncider alors avec une syphilis viscérale appréciable (gros foie, grosse rate, état chloro-anémique).

d) D'autres fois enfin, on ne peut déceler aucune lésion de syphilis, mais la courbe de poids présente les caractères sur lesquels le professeur Budin a appelé l'attention (chute rapide et considérable), en même temps que la fièvre apparaît. L'existence de la fièvre et la diminution brusque du poids doit faire soupçonner l'hérédosyphilis.

Ainsi l'élévation thermique, qui affecte une allure irrégulière, peut mettre sur la voie du diagnostic.

Quelle qu'en soit la cause, elle semble céder rapidement au traitement mercuriel.

LE COEUR DANS LE RHUMATISME CHRONIQUE.

PAR M. LE DOCTEUR M. E. BARIÉ.

M. M. E. Barié montre que le rhumatisme chronique déformant peut se compliquer de cardiopathies organiques. C'est en se basant sur un grand nombre d'observations que l'auteur en établit les modalités cliniques.

La polyarthrite déformante chronique compliquée de cardiopathie s'observe à tout âge : plus fréquente chez les sujets âgés, elle peut cependant se rencontrer chez l'enfant.

On observe le plus souvent l'endocardite avec prédominance des lésions sur les sigmoïdes aortiques et la péricardite sèche ou avec épanchement, ce dernier parfois hémorragique; puis viennent d'autres affections cardiaques, mais que l'on peut regarder plutôt comme associées au rhumatisme que nées sous son influence; ce sont la cardiosclérose, la dilatation, la polysarcie du cœur et certaines altérations dégénératives du myocarde.

La pathogénie des cardiopathies qui compliquent le rhumatisme chronique déformant est complexe et doit être examinée suivant les cas.

Dans certaines circonstances, le rhumatisme chronique a succédé peu à peu à des attaques de polyarthrite aiguë; on retrouve alors des maladies infectieuses graves dans les antécédents. Il s'agit de pseudo-rhumatismes de nature infectieuse et les cardiopathies qui les compliquent sont la conséquence de la même infection qui a déterminé préalablement la polyarthrite.

Dans d'autres cas, le rhumatisme déformant a débuté avec une allure chronique chez des individus indemnes de toute poussée rhumatismale antérieure mais par contre ayant été atteints autrefois de maladies infectieuses diverses.

Enfin dans un dernier groupe de cas, le rhumatisme chronique déformant a débuté spontanément chez des sujets n'ayant présenté antérieurement aucune maladie infectieuse. Ici l'affection n'a de rhumatisme que le nom, elle procède d'un tout autre facteur, elle se rattache à des troubles par nutrition retardante et vient prendre place à côté de la goutte et du diabète qui comme elle peuvent se compliquer de maladies organiques du cœur. Ces affections cardiaques sont d'origine toxique.

En résumé, les cardiopathies organiques qui peuvent compliquer la polyarthrite chronique déformante procèdent de deux facteurs différents : l'infection ou l'intoxication, suivant les cas.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR O. F. MERCIER

Séance du 22 Novembre 1904.

M. le docteur François de Martigny présente un double kyste papillaire de l'ovaire (voir page 356.)

M. Marien attache une grande importance à l'examen microscopique de toutes les pièces anatomiques que l'on présente à la Société et croit que l'on ne devrait pas appeler cette tumeur papillome de l'ovaire mais bien kyste papillaire.

M. St Jacques dit que les deux expressions sont également admises mais que les papillomes siègent surtout à la peau et aux muqueuses. Quant aux kystes papillaires, ils ne sont pas aussi rares qu'on le dit puisqu'on les rencontre dans 25% des kystes de l'ovaire.

M. J. N. Roy rapporte un cas très intéressant d'évidement péro mastoïdien pour Cholestéatome, décrit minutieusement tous les détails de cette délicate opération et donne le résultat de l'autopsie qui a montré qu'une gangrène du poumon fut la seule cause de la mort du malade ; des petits abcès furent aussi trouvés desséminés dans le parenchyme pulmonaire.

M. LeCavelier fait remarquer que la gangrène pulmonaire n'est pas une entité morbide, mais bien une complication d'une autre maladie, on la rencontre non seulement dans le broncho pneumonie, la pleurésie, le diabète, le brightisme ou à la suite du cancer de l'œsophage, etc., mais aussi dans les cas de mastoïdite en voie de guérison. Il cite M. Fabricant qui a opéré pour gangrène pulmonaire et guéri son malade souffrant aussi de mastoïdite.

M. Dubé lit quelques notes concernant un malade observé avec M. le docteur Asselin. Le cœur était placé à droite sans que l'on puisse trouver dans l'histoire du patient aucune maladie pouvant en expliquer la raison ; il n'a eu que la fièvre jaune et se porte aujourd'hui très bien. M. Dubé passe en revue les causes pathologiques qui peuvent amener ce déplacement et l'état congénital qu'il ne peut admettre à cause de la position normale de tous les autres organes.

M. Hervieux pense que le foie ou une affection du médiastin aurait pu produire ce déplacement du cœur.

M. Asselin est d'opinion qu'il existe une ectocardie partielle médiane.

M. O. F. Mercier présente l'observation clinique d'un cas de lithiase biliaire traité pour appendicite et opéré avec succès pour lithiase biliaire. Il enleva trois calculs de la vésicule et fut obligé d'en broyer un quatrième sur place car il était trop adhérent dans le canal cholédoque. La circulation biliaire est maintenant rétablie, le teint sub-ictérique disparaît et la malade est en bonne voie de guérison.

M. Derome a opéré une malade souffrant d'une rupture de la vésicule biliaire chez laquelle on avait porté le diagnostic d'appendicite. Il y a toujours beaucoup de douleurs lorsque la vésicule est prise. Dans une seconde intervention chez cette même malade il fut obligé d'enlever une partie du canal cholédoque et d'aboucher la vésicule biliaire au duodénum. La patiente est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

M. Dubé parle du traitement médical et de l'absence, dans bien des cas, de symptômes subjectifs.

M. St-Jacques dit que l'élément douleur n'est pas toujours présent dans la lithiase biliaire pas plus que dans la lithiase rénale ; à l'autopsie on trouve souvent dans les reins des calculs n'ayant causé aucune douleur au malade.

INFORMATIONS SCIENTIFIQUES.

LA DIMINUTION DE LA MORTALITE PAR TUBERCULOSE EN ALLEMAGNE

D'APRÈS UNE STATISTIQUE DU DR MAYET.

Cette statistique porteur des villes ayant plus de 15.000 habitants. Sur 10.000 personnes, on compte, pendant les périodes quinquennales suivantes : 1837-1881, 357,7 ; 1882-1886, 346,2 ; 1887-1891, 304,0 ; 1892-1896, 255,5 ; 1897-1901, 218,7.

De 1897 à 1901, il est mort 1, 6 fois moins d'individus par tuberculose que de 1877 à 1881.

Ce qui est tout en faveur des efforts déployés chez les Allemands pour lutter contre la terrible maladie.

TUMEUR TUBERCULEUSE DE FOIE

PAR M. ROBERT R. ROME.

Il s'agirait du premier cas connu d'intervention chirurgicale pour tuberculose hépatique. La tumeur, heureusement excisée par l'auteur, avait les dimensions d'un œuf d'oie et fut reconnue, histologiquement, de nature tuberculeuse.

M. le docteur Pottingill, de la ville de New-York, a trouvé, après plusieurs expériences, que les tablettes d'antikamnia et salol sont des excellents antiseptiques de la voie intestinale.

M. Hirtz, dans une séance à la Société de thérapeutique rapporte l'observation d'un malade guéri de sa cirrhose hépatique par l'ingestion de foie de porc. Cet homme continue aujourd'hui à se bien porter.

PRETENDU SERPENT VIVANT DANS UN OEUF,

Un coursier de la poste, à Beaune, en faisant une omelette, a trouvé dans un œuf un serpent vivant, de 6 centimètres de long ; il l'a porté chez M. Blondin, pharmacien, qui l'a conservé dans de l'eau-de-vie.

Le populaire désigne cela sous le nom de "cocatrice" et attribue ces œufs à des coqs.

M. le professeur Blanchard a bien voulu faire savoir à *la Nature* que le fait signalé est loin d'être rare. L'"*hétérakis papillosa*" (un ver et non un serpent), qui vit dans le cœcum de la poule, descend souvent jusqu'au cloaque et remonte parfois dans l'oviducte. Il peut alors être saisi et englobé soit par l'albumine soit même par la coque. On le trouve dans l'intérieur même de cette dernière, comme le démontre un spécimen du Musée zoologique de Turin

STATISTIQUE DES EMPOISONNEMENTS EN ANGLETERRE.

L'année 1902 a donné un total de 1,195 décès ainsi répartis :

Accidents.....	495
Aliments.....	94
Professionnels.....	86
Morphinomans.....	14
Meurtres.....	2
Suicides.....	504

Sur 495 empoisonnements provenant de causes accidentelles, on en trouve 150 dus à l'aneurysme chirurgical, dont 101 par le chloroforme.

Les autres accidents sont produits par l'acide phénique, l'opium, le plomb, l'ammoniaque, etc.

Les suicides proviennent de l'emploi de l'acide phénique (140 sur 504), l'acide oxalique, l'acide prussique, la strychnine, l'arsenic, le phosphore, etc.

Les deux empoisonnements criminels doivent être attribués l'un à l'antimoine et l'autre à l'acide phénique.

Le secret des caractères énergiques, c'est l'énergie des convictions ; là où les principes ne commandent plus, la volonté tourne au gré des intérêts personnels et matériels.